

第16回社会医学研究会総会記録

と き：昭和50年7月26日（土），27日（日）

と ころ：熊本県福社会館

社会医学研究会

この記録は、第16回社会医学研究会における研究発表を「公衆衛生」第39巻第12号に掲載したものを、別冊として取りまとめたものである。

目次

第16回 社会医学研究会

開会挨拶	野村 茂	4	
演題一覧		4	
要望課題	法と健康(演題1~6) …水野 洋・青山 英康	6	
	(演題7~15) …山下 節義・相磯富士雄	12	
	(演題16~26) …東田 敏夫・原 一郎	20	
シンポジウム	健康の権利と公共の利益	吉田 克己	30
特別報告	社会医学研究会15年の歩みと今後の課題		
		芦沢 正見	37
	座長のまとめ	曾田 長宗・野村 茂	45
一般報告		丸山 創・木下 安子	46
自由集会	看護の専門性をめぐって		
		木下 安子・山口 敦子	52
	労働安全衛生法施行後の問題点		
		原 一郎・松下 敏夫	53

の欠陥分業化が一定の寄与を果たしてきている。(分業化に欠陥を重ねたのは、そこに分化だけが先行し、人を部分的に見るだけで、人間全体を診られないだけでなく、さらに統合、すなわち医療 staff の team play の不十分さを認めざるをえないからである。)

昨今「医事紛争・訴訟が増えた」といい、「医療 staff の敗訴が目立つ」と、さも目新しいこととして云云されるが、一つの見方として至極当然な現象であるとも思われる。

日本の医療が優秀だ、高度だと評価される一方、医療(状態、内容)の危機が云々されてきている中で、医療界(のみ)がいつまでもヴェールに被われているのは誰が考えてもおかしいことであろう。ましてや、生命をあずかる医療 staff が杜撰なやり方を、「法」がそうそう大目にみのがしてくれるはずはないし、何はともあれ、世の中で一番に尊い人の生命を安心してあずけられるようにと、人々は、「医療法」や「医師法」をわざわざ制定したのである。

八百屋では野菜を選んで買えるのに、お金を同じように支払いながら、内容を確かめもできずに一方的な医師の指示に従わざるを得ない医療の不合理さの数々を考へてみるに、医療 staff と患者の間にはよほど心の通った、深い contact が存在しなければならぬであろう。

しかし、医療事故の発生経緯を見ると、まことに単純なミスが多かったり、医療 staff の血の通った協力体制があったなら(防止できた)と思われるものが多いが、医療関係者の一員として反省させられる点が多い。

他方、医事訴訟の増加を、患者・家族の権利意識の高揚とみる見方も

成立しようが、しかし、それにはそれなりの背景(材料)が存在するのを忘れてはならない。

権利に(広義としての)「天賦人権説」があるが、人の、とりわけ生命に関する権利(人権(利))は、生まれながらにしてのものであることを、この際新たに医療 staff 間で確認し合わねばならないと思う。

水準が少々今より落ちたとしても、人の生命が救える実用化の高い医療が普及する時、その時こそ名実ともに日本の医療も評価されるであろう。(ぬ)

タブー破り、命の尊さ追求

当然問題にならなければならないことが出てきたと考えています。薬の問題で、クロマイやサリドマイド等、危険だと報告されていて使用されていたり、看護婦の労働条件の問題では、千葉大の採血の問題等々、患者が権利として医事訴訟に踏みかけることは、命をあずけ、《医》に関しては、タブーとして泣きねいりしていたことに患者がめざめてきたことだと思います。お医者様をおこらせたら大変だから、と今まで泣き寝入りをしてきた人々が、医師の一人ひとりのあり方を責めるのではなく、国の薬事行政、厚生行政、大企業の責任を問うようにはなりましたが、まだまだ埋もれている問題も多いのではないのでしょうか。

知らされず、知らず、また知っている、疑っていても言えずにいる等、ウヤムヤになっている問題が沢山あるのでないかと考えています。

《医事訴訟》がどの範囲になるのか正確にわかりませんが、私は六価クロムもイタイイタイ病も、森永ヒ素

ミルク中毒も、水俣も、頸腕症候群も、白ろう病も、日本の条件の中で起きるさまざまなこと、心身に関する医療従事者がかかわる問題は含めて考えたいと思うのです。

水俣も、六価クロムも、会社の利益を第一とし、会社があるから私たちは暮らせるのだと考え、鼻の障子に穴があかねば一人前でないと考えていた人々の意識や、産業廃棄物の無責任な処理方法が地域の住民の健康をむしばんでいた問題は、水俣の時と同様です。白ろう病や頸腕症候群のように当然起こることが考えられるほど働きつづけ、休みさえとればこれほどにならずにすむという報告をきかされたりすると、労働環境についての条件を誰が考えていたか、という問題になるかと思えます。医師と医療従事者と患者とが、生命の尊厳、真に人間人間としてのあり方を問いなおし、どんな生活環境と、どんな仕事のあり方が労使ともにあるべき姿なのか、考え出すきっかけになったと考えています。

これらの中には、患者の側としていきすぎた行動も出たり、間違いがあることもあるでしょうが、命の尊厳を基本に考えていく場合は、あやまりはあらためられるのでないかと考えています。

たくさんの医事訴訟が、日本の裁判の中では、長い長い年月とたくさんのお金と、裁判を起しなからさらに新しい犠牲者を出していき、最後には「日本の現状では」という逃げの中で大企業や国の間違った行政を許していたことが、少しずつではあっても是正され、命の尊さを追求する方向が出されつつあることを喜んでいます。(を)

開 会 挨 拶

野 村 茂 熊本大学医学部公衆衛生学教室

社会医学研究会が、1960年にその創立総会を開催して以来、はじめて九州の地、熊本で開催ということになったが、地理的にも、時期的にも、例年のような多くの演題と参加者を得ることができるかいささか危惧したのであったが、シンポジウム、特別報告のほか32題の出題を得、約200名余の参加者を得て、7月26、27日の2日間、熊本県福祉会館講堂で盛会裡に本総会を終えることができた。

本総会の開催に当たっては、全国世話人会における討論やアンケートによる多くの意見を参酌し、主題を「法と健康」として、それに関連するシンポジウムと要望課題、ならびに特別報告、一般演題と総括討議を2会場を使用、2日間で構成した。なお、会期中夕刻から自由集会として「看護の専門性をめぐって」および「労働安全衛生法施行後の問題点」をもった。

本研究会においては、その発足の当初から、社会医学の研究には社会科学の方法論や成果をも取り入れる必要があり、研究会の総会にも社会科学者の参加を得よう努めるべきだとの考えをもって今日に到ったのである。しかるに近年は特にわが国でも、法学的に、また社会学的に取り組まなければならない医学的問題、すなわち、健康と疾病にかかわる問題が数多く生起している現状である。このようなとき、本総会において、「法と健康」が主題とされたのである。ここではまず、国民の健康を守るべくつくられた法律が、その機能を果たしているか、人の健康は法律でどのように守られているか、などを問題とするとともに、「Birth Right of Health」など

という語を漠然としてではなく考察しておきたい、ということもあって、社会科学領域、特に法学からの発言をも得て討議すべく、「健康の権利と公共の利益」と題するシンポジウムを提案したのである。

生物的存在であると同時に社会的存在である人間の健康と疾病の問題が、自然科学的方法と社会科学的方法の両側面から実証的に追究されるべきことは当然の理である。この点について、本総会における各演題が独善的、抽象的になることなく、実証的な資料に基づいて、学問的に正確な表現で発表され、その内容が討論によって、さらに深められることを期待しつつ、我々は本総会を企画した次第である。

また、この熊本における第16回総会の開催時期は、1960年7月の第1回総会（創立総会）から数え15年に当たっている。その間の内外の社会経済情勢の変貌は著しく、また科学や技術の発展にも著しいものがあるが、一方、今日は科学や技術のあり方の反省期にあるともいえる。かかる時期に当たって、わが社会医学研究会が、その15年の歩みを展望し、顧みて、今後の方向を考えることも有意義であろうと、今回「社会医学研究会15年の歩みと今後の課題」と題する特別報告をも行うこととしたのである。

会期を通じて交わされる活発な討論こそ本総会の実りを豊かにするものと考えながら、時間の制約もあって十分に討議を尽くし得たとはいえないが、参加会員諸氏の御協力によって研究会総会の成果と課題を得たことを開催地における世話人として感謝する次第である。

演 題 一 覧

<要望課題> 法と健康（演題1～6）

座長 水野 洋（大阪府職業病センター）／青山英康（岡大・医・衛生）

1. 職業性頸肩腕障害の認定・予防についての労働衛生行政の対応上の問題点／前田勝義（久大・医・環境衛生）
2. 職業起因性健康破壊と法（労働法）

（第1報）頸肩腕障害の業務上外の認定基準について／牧野忠康（鉄砲洲診療所）

3. 職業起因性健康破壊と法（労働法）

（第2報）職業病発生の企業責任と企業態度／牧野忠康（鉄砲洲診療所）

4. 「じん肺法」とじん肺患者組織／宮入昭午、森田茂

雄, 大野卯一, 上段周治, 平野訓敏, 手塚元, 八田敬之輔(京滋じん肺患者同盟)

5. い草労働の社会医学的考察/上田厚(熊大・医・公衆衛生)

6. 我が国における白ろう病対策の展開/山田信也(名大・医・衛生) 渡部真也(北大・医・公衆衛生) 細川汀(関西医大・衛生) 高松誠(久大・医・環境衛生) 二塚信(熊大・医・公衆衛生)

<要望課題> 法と健康(演題7~15)

座長 山下節義(京大・医・公衆衛生) 相磯富士雄(国立公衆衛生院)

7. 衛生法ことに精神衛生法と保安処分/森武夫(広大・医・公衆衛生)

8. 障害児を守る保健活動/山本繁, 土居真(京都府向陽保健所)

9. 国家独占資本主義と保健衛生政策(ナチス型とNHS型)/高原亮治(東京都足立区東和保健相談所)

10. 老人の医療と人権/奈倉道隆(京大・医・老年医) 谷口政春, 青木信雄(京都・堀川病院)

11. 予防接種をめぐめる法体制/青山英康, 大原啓志(岡山大・医・衛生)

12. 未熟児網膜症の発生過程に関する保健医療の問題点/田中豊穂(名大・医・衛生)

13. キノホルム薬害被害者の要求とこれに対する国・製薬企業の対応/片平洸彦(東京医歯大・難研)

14. 住民要求と行政の窓口/吉田幸永(京都府日吉町役場)

15. 保健所行政論——試論——/小栗史朗(名古屋市千種保健所)

<要望課題> 法と健康(演題16~26)

座長 東田敏夫(関西医大・公衆衛生)/原一郎(大阪府立公衆衛生研)

16. トリクロロエチレン慢性中毒の業務上外書類鑑定の一経験/川森正夫(杏林大・医・衛生)

17. 下請け労働者の職業性中毒一事例からみた法的问题点/山内淳子, 原一郎(大阪府立公衆衛生研)

18. クロム工場の職業性肺病をめぐめる社会医学的問題点/福地保馬, 渡部真也(北大・医・公衆衛生)

19. 労働者健康保護法における医学概念の問題点/水野洋(大阪府職業病センター)

20. 公共性と健康—新幹線問題から/中川武夫(名大・医・公衆衛生)

21. 環境アセスメントと健康—苫小牧東部大規模工業基地開発をめぐって—/福地保馬(北大・医・公衆衛生)

22. AF-2 使用禁止までの総括/南雲清(新日本医師協会)

23. 油症問題に関する2, 3の見解について/梅田玄勝(北九州市公害研究所) 真角欣一(健和会新中原病院)

24. 有機合成化学製品の製造者および販売者の責任—とりわけPCBを中心として—/吉野高幸(カネミ油症弁護団)

25. 公害ならびに職業性疾病の認定の問題について/高松誠(久大・医・環境衛生)

26. 公害被害者と被害者救済の法体制/青山英康, 太田武夫, 柳楽翼, 五島正規(岡山大・医・衛生)

<シンポジウム> 健康の権利と公共の利益

司会 吉田克己(三重大・医・公衆衛生)

演者 「健康権」をめぐって—問題の提起—/西三郎(国立公衆衛生院), 健康権と公共の利益—法学の立場から—宇都木伸(東京医歯大・法医), 健康権と公共の利益—現実の場から—久保井一匡(弁護士), 公衆衛生行政とのかかわり—回顧と将来—朝倉新太郎(阪大・医・公衆衛生)

<特別報告および討論> 社会医学研究会15年のあゆみと今後の課題/芦沢正見(国立公衆衛生院)

<一般報告> (演題1~8)

座長 丸山創(大阪府藤井寺保健所)/木下安子(東京都神経科学総合研)

演題 1. 某私立大学病院における看護婦の労働条件と健康意識について/松本一弥, 笹川七三子(杏林大・医・衛生)

演題 2. 病院看護体制における付添婦の問題点—付添導入による病院看護への影響—/木下安子, 須田和子, 萩原康子(東京都神経科学総合研) 相磯富士雄(国立公衆衛生院)

演題 3. 病院看護体制における付添婦の問題点—付添婦の雇用と労働条件—/須田和子, 木下安子, 萩原康子, 宮城洋子(東京都神経科学総合研), 相磯富士雄(国立公衆衛生院)

演題 4. 東京都難病患者実態調査成績—昭和48年, 49年調査票調査の結果—/芦沢正見, 西三郎(国立公衆衛生院) 山手茂, 木下安子, 黒子武道(東京都神経科学総合研)

演題 5. 難病患者家庭訪問調査報告—PMD 児の生活障害とMSW の援助—/阪上裕子(国立公衆衛生院), 高山俊雄(都立墨東病院), 松本栄二(上智大学), 根本博司(都立老人総合研), 古田多賀子, 小谷節子(都立心身障害者福祉センター), 田村恵一, 大塚隆二(整肢療養園), 寺田雅子, 鶴沢立枝(虎の門病院), 山手茂(都神経研), 川村佐和子, 内藤美登里, 中島初恵(都立府中病院)

演題 6. 難病患者に対する地域医療のあり方—1 事例をとおしての考察—/福田洋子(在宅看護研究会)

演題 7. 難病患者在宅看護援助の提供に関する問題/関野栄子, 木下安子, 山岸春江(東京都神経科学総合研—在宅看護研究会)

演題 8. 寝たきり老人の訪問看護をめぐめる問題—寝たきり老人訪問看護援助についての考察—/三宅智恵子(大阪府公衆衛生学院), 宇枝靖子(富山県高岡保健所), 小尾和子(北海道立衛生学院), 岩永牟得(東京都城東保健所), 水田幸子(佐賀県立衛生専門学院), 内野幸子(山口県防府保健所), 神品実子(大分県大分保健所), 松本侑子(栃木県高等看護専門学院), 田中加恵子(熊本県立公衆衛生看護学院)

<自由集会>

1. 看護の専門性をめぐって/世話人 木下安子, 山口敦子(東京都神経科学総合研)

2. 労働安全衛生法施行後の問題点/世話人 原一郎(大阪府立公衆衛生研), 松下敏夫(熊大・医・公衆衛生)

法と健康 (演題 1~6)

<座長> 水野 洋 大阪府職業病センター
青山 英康 岡山大医学部衛生学教室

1. はじめに

「法と健康」の要望課題のうち、第一日目午前中に報告されたものとその主な討議内容について集約し報告する。6題の報告は健康の面ではすべて職業性疾患についてであり、頸肩腕障害、じん肺、白ろう病が取り上げられたが、この労働者の健康問題に対応する法としては労働基準法、労働安全衛生法、労災保険法、じん肺法などがあり、各報告の法とのかかわり合いは各々いろいろの角度から、また面でなされているため、単純に共通性を見出すことは難しかった。ただ共通することは、具体的問題では、法それ自身よりも、本来その法が生かされる行政や、法にもとづく規則や通達などの面で現象的には大きな問題があることの指摘であるが、同時にそれは法の精神、その法の由来なども深くかかわりがあることが報告のなかから浮びあがっているものの、この点での討議は必ずしも十分尽くすことはできなかった。

2. 頸肩腕障害の問題をめぐって

第一席は前田勝義(久留米大・医・環境衛生)の「職業性頸肩腕障害の認定・予防についての労働衛生行政の対応上の問題点」の報告であり、1950年以降の事務作業合理化のもとで頸肩腕障害がどのように発生し、それに対して労働衛生行政が、特にその認定と予防でどのような欠陥を有していたかについて論及した。その報告要旨は以下のようにまとめられる。

今日「合理化病」の1つとして多発している頸肩腕障害は、約20年前キーパンチャーの「腱鞘炎」が社会的に明らかにされたことに端を発する。1965年以後、特に金融共同会議の全国職業病対策交流集会(66年)以来職業病全国交流集会が継続開催されていくなかで、労働者の全国的な取り組みが進められた。労働者の取り組みは患者救済(業務上認定・治療など)、予防(労働条

件改善・反合理化闘争など)、早期発見の三分野を中心に進められたが、とりわけ業務上認定闘争が重要な意味をもっていた。それは、この健康障害が、産業疲労の集中的表現の1つであるがゆえに、職場の労働実態の把握を重視して取りまざるをえず、結果的に障害防止のための労働条件の改善点が明確にされ、また患者の健康障害が業務に起因する疾病と認定されることが、不十分とはいえ、労働条件改善についての使用者責任と明らかに結びついたからである。こうした労働者の取り組みの前進に対して、労働衛生行政はどのように対応したのか。演者は頸肩腕障害の業務上認定や予防に関する労働衛生行政の対応のあり方にいくつかの問題点があったとして、以下の4点にまとめて指摘した。

第1の指摘点は、頸肩腕障害多発の背景に存在する「合理化」に対する基本認識の欠如である。金融共同会議がまず全国的交流を開始したのは、金融業における1950年以降のきびしい「合理化」の歴史が背景にあるとし、銀行における「合理化」年表を資料として示し、50年代の部分的事務作業の機械化の時期、60年代のコンピューター導入による事務の集中処理、70年代でのオンラインシステム化、それにともない機械化の谷間ともいえる「機械化しえない労働」は標準化、分業化され、その作業ベースは機械の稼動との関連で規制され、かつスピードアップされるにいたったと指摘した。頸肩腕障害多発の背景にこのような系統的「合理化」が存在し、それが国家的な合理化政策と一体のものであることは明白である。だが労働省は67年設置した「単調労働専門家会議」にみられるごとく、機械化事務作業やコンベア作業を単調労働というわくに入れ、「合理化」による労働強化の問題を単調性の問題に矮小化している。

第2には、頸肩腕障害の病像・病因に対する労働衛生行政側の考えの遅れと誤りの指摘がなされた。今日まで頸肩腕障害の認定基準導達は約5年ごとに2度にわたり

改定されたが、適用作業職種の拡大や病像のとらえ方に関しては現実比して約7年の遅れがあり、病因に関しては本年2月の改定では「疲労」という言葉すら欠落させるなど、考え方の面で大きく後退しており、日本産業衛生学会委員会の結論と大きくかけはなれたものとなっている。

第3点は頸肩腕障害の予防対策の遅れである。労働時間規制については60年に労研発行の「機械化事務作業の研究」ですでに1日パンチ時間240分が提起されていたにもかかわらず、4年後に、しかも1日300分という形で出される状況である。この点についてはその後も改定されず、68年に金銭登録作業について新たに作業管理基準が設けられたにすぎない。

第4点は補償行政と予防行政の分離についての指摘であり、この点はのちの討議でも論点となった。労働補償行政部門では若干の人員増はあったが予防部門での人員増はみられず、患者発生に対応して予防部門がこれと連動することなく今日の労働衛生行政が進められている点を批判していた。

次いで、同じく頸肩腕障害を例として、「職業起因性健康破壊と法」と題して、牧野忠康（東京中央医協鉄砲洲診療所・医療社会部）から「第1報、頸肩腕障害の業務上外の認定基準」、「第2報、職業病発生の企業責任と企業態度」の2題が連続報告された。

まず業務上外認定基準については、労働者災害補償保険法により、「業務上の事由」であるか否かについては労働基準監督署長がこれを決定することになっている。労基署長の「業務上外の認定」行為は労災補償の対象となるか否かという「ふるいわけ」であり、ふるいわける側の論理として「認定基準」なるものももち出されてくることを明らかにし、頸肩腕障害においてこの「ふるいわける側」の論理構造がどのようなものが検討されていた。

すでに前日もふれた点であるが、頸肩腕障害の業務上外認定基準は2度改定されており、その推移が詳しく報告された。通達の正式名称の推移のみ示すと、

① 昭和39年9月16日（基発第1085号）

「キーパンチャー等の手指を中心とした疾病の業務上外の認定基準について」

② 昭和44年10月29日（基発第723号）

「キーパンチャー等手指作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」

③ 昭和50年2月5日（基発第59号）

「キーパンチャー等上肢作業にもとづく疾病の業務上外の認定基準について」

となる。昭和39年労働組合を中心とした職業病認定闘争の高まりのなかで、キーパンチャーの「腱鞘炎」を認知せざるをえなくなり、基発第1085号でキーパンチャー病の業務上外認定基準が出された。すでにキーパンチャー以外の職種にも拡大し、腱鞘炎のみならず、頸肩腕症候群と呼ばれる病像が明らかになっていたが、これは5年後の昭和44年の723号通達で認定基準のなかにもりこまれた。この通達は「肩こり」、「疲労」の段階から「何らの措置も行われぬまま作業を継続することによって病的状態に進行する」という認識のもとに「腱鞘炎」から「頸肩腕症候群」へと病像・病態が変化し、職種も拡大している事実を認め、認定の枠を拡大したのである。ところが、産業衛生学会の定義する「頸肩腕障害」は、産業・職種が拡大しながらますます多発し、深刻な状況となっており、労働運動や患者要求が一層高まるなかで資本・企業側も労務対策上の問題として、職業病対策が重大事となってきた。こうした労働と資本の状況を受けて、労働省は今年2月、59号通達を出した。これは表面的には、手指作業から上肢作業へと枠を拡大したかのような装いを示しているが、本質的には認定の条件をきびしくし、「ふるいわけ」の基準としての性格を強めたものとなっている。特にこの59号通達の内容が1年前に電々公社頸肩腕症候群プロジェクトチーム答申として出された「電々公社における頸肩腕症候群に関する医学的究明について」の内容と軌を一にしたものであるとみなさざるをえないことを指摘しており注目される。最後に59号通達の策定に参画した日本医大石田助教授の「暮しの手帖」誌上の発言にふれ、改定認定基準の発想と性格が、ここに端的に示されているとの報告があったが、その詳細については省略する。

引き続き職業病発生の企業責任と企業態度について論及し、ここでは企業の補償責任はどのような企業の論理構造によって果たされているか、あるいは回避されているかに重点をおいて、報告があった。現行法では、労働者は労働者災害補償保険法により、国家公務員は国家公務員災害補償法により、地方公務員は地方公務員災害補償法により、それぞれ補償責任の担保が法的に明らかにされている。だが、電々公社、国鉄、専売公社など国の直営事業では、労災法でこの法律の適用が除外され、他の法律による補充もなされていない。したがって、業務上災害・疾病の補償根拠法は、民法の規定を除いては労働基準法第8章の災害補償規定の第75—88条のみであり、実際には労使協定によっているのが現状である。しかし業務上外の認定については、使用者側、すなわち加害者側が判定することになるから、業務上外の認定問題

が労使間で鋭く対立する場面が多い。特に使用者側の補償論理の本音が出てくる場面であり、電々公社の事例が典型事例として紹介された。本年春の参院通信委員会での共産党山中郁子議員からの電々公社における頸肩腕症候群の業務上外認定に関する質問に対する電々公社側回答を整理すると、電々公社の論理は次のようになる。①電々公社の頸肩腕症候群罹病者は昭和50年1月末で3,077人。②病休の場合の診断書はどの医師のものでよい。③業務上疾病とは認めないが医療費の補助(マッサージ等)、その他の特別措置を講ずる場合は、公社の指定する病院の診断書をもとにする。④業務上外の認定のための精密検査などは公社の指定する特定の病院での診断が必要である。⑤労働安全衛生法には業務上外決定の何らかの具体的な定めはない。⑥業務上外認定基準は基本的には労働省の通達による。これは電々公社の場合であるが、民間企業でも、国・地方の公務員の場合でも、使用者側の業務上外認定と医師選択の論理はこれと大同小異である。先述した電々公社プロジェクトチームが答申を出すにいたった背景には、この論理の一貫性を考えることができる。仮に業務上認定を受けたとしても、企業はその責任を徹底的に回避してくる。典型事例として、病院調理士として働いていたOさんが罹病し、休職期間満了了解雇となる寸前に業務上認定を得たが、同病院はそれを知るや直ちに東京地裁に「業務上災害補償義務不存在確認の訴」を出すというケースが昨年度あった。職業病発生企業の責任は現行法や行政のみに依存しては追及が十分でまず、どうしても労働者が生存権・健康権および全面的な社会変革の闘いに取り組みなければ本来の追及は困難である、と報告を結んだ。

3題に関しての討議は、業務上外の「認定基準」の問題、労基法と労災保険法との関連、さらに業務上認定と企業責任との関連などが中心になされた。認定基準については頸肩腕障害の場合に典型的に現われているように、認定の幅を狭めるために作られたものである。しかも規則の具体的運用における行政部門におけるものでありながら、その策定がきわめて政治的に作られていること、また労災保険法がこれもその運用面で法規を逸脱して長期補償制度を導入して年金化をはかってきたが、長期療養補償となると解雇制限と抵触し、結局低額の年金でもって解雇する事例が出ているなど、労働者が業務によって受けた傷病に対する補償制度や法およびその運用の面でいくつかの欠陥があることが指摘された。特に労基法と労災保険法との関連では現実的には全く分離した形で運用されており、労働災害や職業病における企業責任が労基法では規定されてはいるものの、その補償が労

災保険法で行なわれるため事実上企業責任は補償のみで済ませられ、その補償すら認定基準によって大きな制限を受けていることが明確にされた。労基法・労災保険法そして労働安全衛生法の三法は関連性がありながら分離された形になってしまっているが、法理論や構成などの面での問題までは専門的解答を得ることができなかった。企業責任についての討議は具体例として若干の追加発言があったが、法的に企業責任を明確に位置づけさせていくこととともに、どうしても労働者や労働者組織が自らの健康権・生存権を基盤にして企業責任を追及し、発生した職業病の治療をはじめ完全な補償と同時に、2度と発生させないための予防措置を講じさせていかねばならない。前田氏の報告では、1970年の第4回職業病全国集会で国に対して職業病法制定要求と医学会への協力要請がなされ、74年には全国交流集会実行委員会が労働省交渉を行ない、職業病に関する法制改善要求をしている。また頸肩腕障害認定基準検討に参加した医師の「…社会保障というのが正しく適用されるならいいですが、悪い方向にすすみますとなまけものを作ってしまう。働かないでお金をもらう、そういう味をいったん覚えたら、これは人間だめですね。病気でいるほうが得ですから治るべきものも治らない。そういう弊害が実際出てきているのです」(「暮らしの手帖 36」)という発言に関しては、すでに日本でも昭和初年から整形外科や精神科の分野から賠償神経症なる考え方が出され、業務上外認定の古い時期からむしかえされている考え方であり、本質を見失ったもの見方であることが重ねて指摘された。

3. じん肺問題をめぐって

第4席は宮入昭午(京滋じん肺患者同盟)が「じん肺法とじん肺患者組織」の報告を行なった。京都府下のじん肺症の発生職場を大別すると、①清水焼を中心とする陶磁器製造業、②造園、建造などの石器・石材業、③戦中・戦後にわたるメタン・マンガ・タングステン鉱山、④窯業・造船・機械金属製造業である。これらについてのじん肺対策をみると、④は戦後労基局、自治体、地元関係者などで一定の取り組みと成果がみられたが、伝統産業振興が重点で、業者に働きかけ啓蒙する域を出ず、労働者レベルの活動が不十分であった。また②についてはほとんど有効な手が打たれていないし、③については昭和35年に府下には212カ所あったが本年3月は17カ所にすぎず、この間ほとんど手を打つことなく閉山、廃業され、実態は不詳である。④については数年前から組織的な労働者活動により進められつつある。全国的

には「じん肺法の改正」「給付水準の向上」「患者の連帯強化」をめざして全国じん肺患者同盟が組織されている。この全国同盟の果たしてきた役割は高く評価するものの、管理4という重度障害で療養患者を対象とするため行動面の困難もあり、社会的発言が弱い。また、療養中のため職場と隔離されており、じん肺対策の重要な役割が果たせないなどの弱点をもつ。「じん肺症患者」の範囲を拡大し、管理区分1～4のすべてを包括組織し、じん肺症全般に対する一貫した対策をめざして昭和47年6月に「京滋じん肺患者同盟」を組織した。現在管理区分4の被災者50余名、管理区分1～3の労働者200名、粉じん職場労働者15組織の正会員とその他の関係者の準会員から成り、活動を進めている。結成後患者の療養生活への援助、じん肺対策について自治体への働きかけをしているが、まだ具体化へのきざしがみられない。じん肺法・労基法は憲法25条（人たるに値する生活の保障）、72条（勤労条件の基準）に則って立法化されているが、地方自治体との関連性については法文上全くふれていない。昭和47年制定の労働安全衛生法の第109条で、「労災防止のための施策を進めるに当たっては、地方公共団体の立場を尊重し、これと密接に連絡し、その理解と協力を求めなければならない」と、ようやくして行政のタテ（労働行政）とヨコ（自治体行政）のからまりがもりこまれた。これをもとに「じん肺患者の生活実態調査」を府が行なうべく努力をし、昨年7月実施し、本年6月その結果が発表された。これを活用する方向で関係機関との協議を進めている。さらにさし当たっては、「じん肺健診」の徹底・調査のなかで見出だされたじん肺死亡患者や労災年金不受給者の問題の追跡、閉山・廃鉱地区の労働者の集団検診促進など、特に清水焼地区でのじん肺対策を伝統産業対策の中心にすえた根本的対策を府・市に迫り、経営者の責任を明確にさせ、労働行政の指導性を追及し実効をあげるべく取り組みを進めている。報告についての質疑のあと討議では唯一の職業病に関する法律である「じん肺法」について、補償内容の改善をどう考えるか、管理区分4と補償の問題について意見交換がなされた。現行じん肺法では、管理区分と決定された場合には療養、介護、通院、子女の就学援護などに関する諸給付制度があるが、その水準は低く、活動のなかではじん肺協定によって企業に上のせさせるたたかひが進められていること、管理区分と補償とは別問題であるが、こうしたじん肺法についての改善要求は全国的にまだ弱いこと、などが追加された。また地方自治体が労働衛生分野、労働者の健康・生活の問題についてどのような役割を果たすべきと考えるか、など

について議論がなされた。各地での経験のなかから若干の意見が出されたが、十分にまとめられるだけの討議時間がなく、この点は後の総括討議での討議点にしたが、あとの報告でもこの点についての論及があった。

第5席は「い草労働の社会医学的考察」について上田厚（熊本大・医・公衛）が報告した。地元熊本県では、い草が稲作野菜果樹などと組み合わされて裏作としての換金作物として重要視され、その作付面積は昭和42年から急増し、現在では作付面積は約6,000ヘクタールで全国一となっている。その背景としては八代平野を中心にその栽培の歴史は古く、気候条件・土壌にも恵まれ、また季節雇いとして球磨・天草地区の労働力を容易に得られるなど経営的条件がそろっていたが、昭和40年まで全国一の作付面積を有していた岡山県で工業化の進展、労働力の不足、公害などにより作付面積が低下するや、熊本での作付面積は年々増加していった。栽培・収穫されたい草は大部分が各々の農家で畳表へ製品化され、県下では栽培戸数11,000戸、製織機は1万台を越え、生産額は164億円に達している。このような裏作換金作物に力を入れることは当然従来の農業生活パターンを変え、労働過重とそれによる農業従事者の健康の歪みが出現し、また岡山でみられたい草によるじん肺の発生にも大きな関心が払われている。い草労働は11月末に植付け、1月頃株分け、4月先刈り、5月網はり、6月早刈り、7月収穫、8月から翌年4月までは製織が続く。作業強度も高く、R.M.R. でみるとい草植えが最低で3.0、い切りでは5～7.6、い草すぐり・泥染は6.0である。また粉じん作業が多く、収穫期には7月の炎天下の長時間作業で、い草の品質保持を目的とする泥染に用いた染土に由来する大量の粉じんに曝露される。また畳表へ製織される際の選別作業により高濃度の発じんをみ、織機稼働期には比較的濃度だが長時間曝露をみる。各作業工程で飛散する粉じんは粒径 10μ 以下のものが80%を越え、染土には15～30%の遊離けい酸が含まれており、作業者にじん肺性変化をひき起こす可能性が高い。じん肺I型を認めたものが男子で18.5%（173人中32人）、女子で8.2%（147人中12人）あった。岡山の場合それぞれの作業が分化され、比較的高濃度の粉じん曝露を受ける選別機作業者にじん肺の進展度の進んだ例が多くみられたが、熊大のい草農家じん肺検診の結果、熊本では前述の如く製品化にいたる全作業が各農家単位で一貫して行なわれているため、持続的高濃度曝露の機会が少ないことが認められた。しかし、X線写真像での所見は岡山の例と同質であり、今後、より粉じん対策や健康管理を重視せねばならないと報告された。だが根源的対

策としては、い草生産、製品の流通機構を早く整備、確立し、作業者の種々の状況にもとづいた計画的な生産により、作業者の過重な労働負担をできるだけ軽減させることにあるといえよう。じん肺法施行規則が昭和 46 年一部改正され、い草の泥染から製織までの作業がじん肺法の適用作業範囲に加えられたが、家族労働を中心とした全国約 4 万戸のい草自営農家は、元来じん肺法の適用外である。

い草労働の社会医学的背景解明の報告に関して若干の質疑のあと、農業自営・家族労働者の健康問題についての対策のあり方について若干の討議がなされ、法的にどのような面から規制していくのかの質問に対し、熊本の場合は主として農業労働の面からの対策がなされており、自治体や農協団体が健康診断を実施したり、技術面での改善指導をしているが、けい酸含量の少ない染土の開発や作業工程の技術的改善の検討が進められねばならないことが追加された。自営または家族労働者の健康問題については、先の報告の京都の場合についての補足などがなされた。労働衛生と農村保健の問題の結節点をどのような対策で、また法規制で考えるかは今後の大きな課題である。い草労働者の健康障害として、じん肺以外にい草による気管支喘息の問題があることも追加報告された。

4. 白ろう病対策の展開のなかで

担当分最後の報告は、山田信也（名古屋大・医・衛生）による「わが国における白ろう病対策の展開」であった。白ろう病問題の歴史的経緯の要約は以下のようである。

昭和 29 年林野庁は重労働からの解放、安全の確立を唱え、労働者側からの健康障害や労働条件の低下などの反対を押しきってチェンソーを導入した。昭和 36 年北大の渡辺はチェンソー騒音障害の調査の際に振動の影響を指摘、昭和 38 年には全林野労組長野地方本部は詳細な実態調査の結果をもとに職業病認定要求を当局に行なったが、当局はこれを拒否するとともに労研の三浦氏に調査を依頼したがその結果は秘して公表しなかった。39～40 年にかけて山田は実木曾で労働実態と障害調査を行ない、その結果職業病であるとの結論を得た。

ひき続き、本報告の共同研究者である渡辺、細川、高松、二塚らが北海道、中部、近畿、中四国、九州で全林野労組と協力、調査を拡大し実態を明らかにしていった。全林野労組は政府・国会へ働きかけ、労働省は 40 年 5 月末に認定の通達を出し、11 月には日本産業衛生学会が局所振動障害研究委員会を発足させて、人事院に

認定を勧告した。これに対して人事院は独自で調査を実施するとし、後にこの調査をもとに東大から心因性説が主張された。昭和 41 年 7 月になって人事院は規則改正を行なって認定の方向に進んだが、東大の心因性説を採り入れ、林野庁は衛生対策を取らず、職業病としての認定を制約、治療面を軽視して、事実上入院治療を許さない態度をとった。このため有症者の重症化、有症率の増加、治療研究の着手が不能となり、機械の改良、労働条件改善も無視された。この間労働省は通達を出すにすぎず、具体的手法だてをしなかった。

ひき続き労働者組織と連携して研究者チームは問題点を 1 つ 1 つ検討、調査し、心因性説は完全に打破され、白ろう病発生の社会医学的背景を明確にさせた。こうした成果は全林野労組の取り組みのなかに生かされ、白ろう病との取り組みは地域・職場での生活と労働の条件を根本から作り変えていく運動としての性格を一層強めた。こうしたなかで、昭和 44 年全林野労組はさまざまな運動を積み重ね、年末ゼネストを背景に時間規制、配転時の賃金保障などを中心とした画期的な協約が成立、46 年には早期認定の協約、48 年ついに入院制限の撤廃、100% 賃金保障（配転・休業）、49 年には機械の改良、認定者全員の温泉療養へと協約の内容を充実させてきた。この間保温を目的とした休憩小屋の改善、通勤バス利用の拡大、保温食器や懐炉の支給、休憩時間の拡大などが実現、労働規制の衛生的基準の確立が進んだ。研究面でも昭和 47 年振動病への取り組みが進んでいるソ連との間で、日ソ間の労組・研究者のチームワークによるゼミナールが実現し、職業病研究取り組みでの国際交流がなされ、その後の展開にも大きな役割を果たした。

国有林に働く国家公務員としての労働者の白ろう病問題は上記のような経過をたどったが、これよりはるかに遅れた雇用形態・労働条件下の民有林労働者の白ろう病問題への取り組みは昭和 40 年頃から山林労組、農村の労組をよりどころに各地で自主的検診の形で開始され、その実態が明らかにされた。だが、民有林労働者約 13.5 万人の労組組織率は 10% を切り、個人請負、出来高賃金制、医療機関の偏在など困難な点が多いが、国・自治体への対策要求を進めてきた。

こうした経過をまとめて山田は、労働者と科学者が全く国の援助もなく自主的な努力で作上げたものである、国はこうした努力を土台とした要求によって追いつめられ、止むなく若干の対策を実施したにすぎないこと、この成果を民営労働者のなかに実効あるものにするには農山村の基本産業たる林業をまもり育て、林業労働者の生活を安定させ、僻地の保健医療の充実をはかって

いくことを志向した地域ぐるみの取り組みへの発展と結合させることの重要性を強調した。またこうした対策の展開とともに、白ろう病に対する労働衛生活動が積極的に育てられ、治療と予防について医学の広範囲の分野からの専門家が学会で共通の討議をくりかえしていく気風が育てられていったことは、わが国の学問創造の活動の歴史の上に特記すべきである。現実の労働の場のなかにつねに学問の課題を明らかにし、研究の目的を衛生的解決に主点を置き、研究の成果をたえず具体的な健康をまもる取り組みのなかで点検、活用し、こうしたテーマのなかから生み出される医学研究の発展をたえず進めていく方向で努力してきたと報告した。

白ろう病問題の展開を簡潔に要点をおさえて報告したので、議論はこれまでの報告の討議をふまえる形で進められ、認定基準の問題、予防対策について討議が集中した。白ろう病問題への長期間の取り組みのなかで山田は、認定基準は作るべきものではないこと、またあってもその一律適用は不適当であると発言し、予防対策については行政側の、特に労働基準局の指導に問題のあることを指摘していた。国有林労働者については全林野労組が当局との間の労働協約として労働時間規制がなされているが、民有林の民間労働者については労働衛生行政の指導はあっても拘束はなく予防対策はとられていない。こうした職業病対策には国の制度面での対策確立とともに、地域ごとの確実な保障活動が不可欠であることを指摘した。国有林と民有林との現実的な差としてチェンソー台数は民有林の方が国有林の約 20 倍もあるが職業病認定患者は国有林が 2,500 人を越えているのに対して、民有林業では 200 人前後にすぎない。またチェンソー使用開始年齢をみると、国有林では 20~30 歳代で 90% を越えるが、民有林では 40 歳以降ではじめて使用する人が 3 割を越えている。高年齢でチェンソー使用を始める労働者が多いのは、農業破壊のため高年齢になって林業に転じざるをえない状況を反映しており、い草労働と同様農林業政策と深いかわりあいをもっていることが理解された。

5. むすび

労働者の健康と法の課題が報告、討議されたのであるが、そのなかで現行の労働者の健康をまもるわが国の法規は一貫性を欠いており、しかもその法文すら具体化される時には行政のレベルで歪曲されていることが明らかにされた。認定基準の問題はそのことをまざまざと示している。職業病認定はいわば発生後の補償にすぎないが、しかし企業側は業務上認定が下されない限り表面的

にも自己の責任を認めないし、対策を正当に行なおうとしないのが現状である。したがって対策を行なわせるにしても認定問題は 1 つの出発点とならざるをえない。現在の法体系がそのように組み立てられているのであるが、それだけに労働組合組織の企業責任追及の活動が基本にならざるをえない。白ろう病対策の展開はその典型例をみる事ができる。労使関係は現実には基本的な階級関係そのものである。それだけに労働関連法規は直接的に階級関係の力を反映しているが、しかしこと健康の保持増進に関してはそうしたなかでも特別な位置をもつはずであるが、現行の労働衛生法規のなかにはそのような位置づけは見出だせない。また自営・家族労働者や中小零細企業労働者の場合、その健康問題について地方自治体がより強い関心をもたねばならないが、住民の健康問題に直接的に関与すべき自治体は住民一般としてしかみず、働く住民であるとの認識に全く欠けている。今回の報告で数多くふれられていたように、今後ますます労働者の健康問題は地域住民の健康問題と密着した形でとり上げられねばその本質的解決は困難になるといえる。各々の報告に対する討議は必ずしも提出された課題を十分解明するところまで進めることはできなかったが、担当した部分の討議点についての総括的なまとめとして、上記の問題を指摘しておく。

保健婦雑誌 31 巻 12 号 (¥400)

特集 千葉市の保健婦活動

— 駐在制をとるに至るまでの経過 —

座談会 保健婦のあるべき姿を追い続けて
／岩淵敏子／林みつ子／幸松千代子
／中村栄子／長谷川喜美子

私の駐在日記

徒歩 3 分 = 30 分? / 岩崎千賀子
四六時中保健婦さん / 坪井妙子
そろそろ脂がのる頃 / 鶴岡静子

連載 現代の看護労働試論 (4)

看護職と専門職問題— 准看護別問題に
関連して / 宗像恒次

演習を中心にした保健婦教育の一つ
の試み (4) / 西野美知子ほか

調査報告 保健所および国保における新任 保健婦の活動の実態

1. カリキュラム改正後における卒業生の実務
の実態と意見 / 高橋園子ほか

医学書院刊

法と健康 (演題 7~15)

<座長> 山下節義
相磯富士雄

京都大学医学部公衆衛生学教室
国立公衆衛生院

「近年、健康と医療にかかわる法律への関心の高まりがみられます。たとえば、各種の公害訴訟や医事法制への関心の高まり、『刑法改正』をめぐる世論の高まり、予防接種のあり方など、衛生行政と関連法規をめぐる再検討の動きなど、法律（ないし法学）から健康の視点への接近が具体的な形で、活発におこなわれつつあります。社会科学との協力を積極的に追求する社会医学研究会として、『法と健康』という主題は、きわめて今日的課題と考えます。」（第16回社会医学研究会総会開催案内及び演題募集より）そこで「国民の健康を守るべくつくられた法律が、その機能を果しているか、あるいは人の健康が法律でどのように守られているか、というような問題が取り上げられるとともに、“Birth Right of Health” などという言葉が漠然とではなく、キチンと考えてみたい」（抄録集世話人あいさつより）というよびかけにこたえて多数の演題がよせられた。そのうち、演題番号7から15までの9演題の発表と討議の内容の概略を紹介する。

7. 衛生法ことに精神衛生法と保安処分（森武夫 広大・医・公衛）

1. はじめに

「刑法改正」とそれに伴う保安処分新設をめぐる取り組みは、保安処分の本質論、精神衛生活動等についての討論とともに、各界多数の人々の広範な反対運動として拡大、深化している。この問題は、医療従事者としても、「医療」を受ける市民としてもなおざりにできない、本質的な、緊迫した個々人に課せられた課題であり、また、精神衛生法（医療）と保安処分（社会防衛）を考えることにより、現行日本の医療体制（法を含む）の本質的部分がある程度見えてくるし、今後医療関係者が担うべき方向を示していると思われる。

2. 我が国の医療とその法的裏づけとしての衛生法の

特徴

(1) 衛生行政を裏づける衛生法規は「病者」の人権を守ることも、社会の安寧の維持、社会防衛を主たる目的として今日にいたっている。これは伝染病対策の歴史に明確にあらわれている。医療技術の変化に伴ない「病者」への対応は多少とも変わってきているが、「病者」を危険視して社会防衛の目的で隔離、収容し、「病者」への「医療」が二次的なものとされる本質的な性格は変わってはいない。(2)法的に、経済的に、心理的に医師側の絶対的優位性と、「患者」側の劣位の関係。「患者」保護が、法的にも消極的で、不十分であり、現実的には、消費内容（医療）を供給者（医師）が決定し、需要者（患者）は決定せず、自己の消費内容を正当に評価しえない関係にある。医師法・医療法の内容は、病者の権利を守るためには不十分であり、妥当性を欠くものもある。

3. 精神衛生法に関連して

我が国の医療、衛生法の特徴は、社会防衛機能と医師の優位性にあるが、この点は精神衛生法でことのほか際立っている。(1)精神衛生法の社会防衛機能。29条措置入院は公安上必要と通達に述べられ、数次の法改正で、経済的裏づけを伴って拡大され、申請通報制度が強化されて、社会防衛機能をよりはっきりさせてきている。

「患者」に対する医療・保護が、社会防衛の手段あるいは内容となっている。また、「精神障害者」は他の法律でも、たとえば欠格条項という形で、社会防衛的に排斥されている。(2)患者に対する医師の優位性。一般的医師の優位性の上に、精神衛生法の社会防衛を「患者」に対しておこなうものとしての医師の役割りによって、一層際立っている。精神衛生法には「患者」を守る条項として、措置入院における鑑定で2人の医師の判断の一致が必要、保護義務者の選認、診察の通知と立ち合い権、措置継続必要性の調査請求と知事の審査が規定されているが、「患者」の権利を守っていくには、あまりに

欠陥が多く、しかも積極的に権利を守るための条文化がなされていないばかりか、条文化されている規定も、実質的にはあまり守られてはいない。

8. 障害児を守る保健活動（山本繁、土居真 向陽保健所）

1. はじめに

向陽保健所は京都・大阪のベッド・タウンとしての性格をもつ2市1町を管轄、人口は急増の一途をたどり、転入者に保健衛生上の問題が多い地域でもある。昭和42年以來、身体的、精神的な障害をもつ子供あるいは子供の発達に何らかの不安をもつ親を対象に、権利の主体としての子供の全面発達をめざして、「小児クリニック」の活動をしている。座して待つ、の受け身の姿勢から障害児を早期に発見し、二次的、三次的障害のおこるのを予防するために、市・町の協力を得て、出張クリニックをもったり、あるいは保健婦だけでなく医師や栄養士などの家庭訪問もするという積極的なクリニックをめざしている。「小児クリニック」で扱った事例紹介を通じて、さまざまな要求をもつ障害児とその家族の実態を明らかにし、障害児とその家族の実態を明らかにし、保健所という行政の末端機構の役割りを考えたい。

2. T. K.. 昭和46年生まれ。祖父結核のため家族検診、その際異常を発見し、クリニック受診。2歳11ヵ月初診、独り歩きがやっと、運動機能、認識能力などすべての領域に著明な遅れ。1歳半未満の発達段階。出産正常、軽度内反足、頭定1歳等発育遅延。母親「いろんな所に相談にいったが、大雑把な指導しか受けられず、もっと家庭でおこなえる具体的な生活指導を。」この事例は子供の発達段階を適確につかみ、その発達要求を知ること、要求に見合った母親の役割りを具体的に与えること、子供の集団の中で障害をもつ子供の役割りを与えること、子供同士の集団を育てることにより、問題を克服していった、保母、保健婦、心理相談員、医師などのいろいろな分野の関係者がケースについての問題点をともに論議することの重要性を知った。

3. T. Y.. 昭和47年生まれ。母親が重度の脳性麻痺、先天性白内障、點頭てんかんのあるわが子の家庭での療育のあり方の指導を求めて、1歳10ヵ月時に来所。出生時仮死状態、3ヵ月に先天性白内障と診断され、手術を受ける。術後視力回復せず、現在も視力なし。1歳頃より痙攣頻回、小児クリニックで母親を含めて話し合い、①痙攣の治療、②栄養状態の改善、③関節拘縮防止等の実施、④音や接触による刺激、⑤障害児父母の会への入会の方針を決め取り組んだ。2歳6ヵ月時

気管支肺炎に罹患、近所の医師すべて診療を拒否、そのため保健所で応急措置のうえ入院を斡旋。現在健康を回復し、理学療法士などの援助を得て、在宅療養中。

4. まとめ

これらのケースを通じて次の点を強調したい。①子供の発達要求を適確に把握し、その発達をうながすよう配慮すること、すなわち、子どもの発達権を保障する立場を明確にすること、②発達を保障する立場から、集団保育を受ける権利、医療を受ける権利が重要であること、③こうした権利を保障する住民運動を尊重し、援助していくこと、④現行の法体系や保健所の体制を点検し、改革していくこと。

山本はこの報告の中で、現行の母子保健法は発達観が入っていないため、たいへんやりにくい、検診のやりっぱなしになる、障害児は医療を必要とする比重が大であるが、開業医たちがこの問題に関与することは皆無に近い、保健所では医療がおこなえないため、この種の問題の取り組みに限界がある、などの点を指摘していた。これに対して青山（岡大・衛生）は、現行法のもとでは保健所は医療がおこなえないと自ら棒をはめることなく、広く対応していくことが必要であると指摘した。飯島（堀川病院）は、障害児があたりまえの存在として、社会的に認められるような状況にしていける必要があると主張した。

9. 国家独占資本主義と保健衛生政策—ナチス型とNHS型—（高原亮治 東和保健相談所、岡大・衛生）

1. 目的

現在、人民大衆の側からは国家に対する健康権の提起として、国家の側からは国民総番号健康管理体制の進行として、いずれも人民の健康問題への国家の介入を当然とした議論がなされている。資本制社会では、労働者大衆の健康問題は原則的には個人的な問題であり、労働力商品の再生産は等価交換を通じて間接的に保障されているにすぎない。それゆえに、現在あたかも当然と考えられている国家の健康問題への全面的介入は、特殊現代的な意義をもつ。

2. 方法と保健衛生政策の本質

保健衛生政策は国家権力の健康問題への全面的な介入を持徴としており、①全国民を対象とする広範さ、②国民の健康管理をある場合には強権を背景におこなう積極性、③保健、衛生など国民の健康問題の全過程を包摂する包括性といった内容をもつが、これは資本制国家のある特定の政治的、経済的関係にはかならない。現代の医療をめぐる政治関係は、医師会对支払者側諸団体の

実力闘争をまじえた抗争関係が1つの軸となっており、対行政闘争としての一面と、体制内の圧力闘争という性格をもつ。これは春闘その他に普遍的にみられる現象であり、特殊現代性の内容といえる。この状況は、日本の戦後体制に起因する。これはワイマール体制にも共通するものであり、労働者階級とその議会代表部である労働者政党と、ブルジョア階級とその議会代表部であるブルジョア政党の不断の取り引き体制であり、革命の買収を恒常的につづけるという不安定な政治体制である。現代保健政策の本質は、総力戦体制の生み出した似而非社会主義的政策によって枠組みと基礎を与えられ、戦後の“革命の買収”過程により、量的拡大と一定の内容的変容をもたらされた保健衛生に関する国家の政策にほかならぬ。(演者は、以下、独・ナチスの保健衛生政策と、英 N.H.S. 体制の本質の解明を図っているが、ここでは割愛させて頂く。)

3. 結論

保健衛生政策を有機的一環とするいわゆる福祉国家は、国家独占資本主義段階に特殊的に見られるもので、それは特殊現代性において解明されなければならない。その内容は消費過程における民主化・社会化を本質とするものであり、きわめて中途半端なものである。したがって、われわれは消費過程を規定する生産関係の変革を追求することが必要であり、ここにおいて、福祉拡大の要求と福祉国家のもつ欺瞞性の曝露の2つの間には結合し、正しい展望をもつことができる。

演者は、これまでに政策的な問題があまり正面きって議論されてこなかったし、時に議論されても行政的な問題とされてきた。したがって、現実の課題とはすぐには結びつかないが、この種の研究は、保健衛生政策の本質を解明していくうえで必要だと述べた。なお、この発展に対して、現時点でどうするかが出されていないのが問題であるとの主旨の批判が出されていた。

10. 老人の医療と人権 (奈倉道隆 京大・老年医学, 谷口政春, 青木信雄 堀川病院)

1. 老人健康診査の役割

老人健診制度が発足して12年になるが、受診率は20%以下にとどまり、医療費支給制度の拡大とともに減少の一途をたどっている。この健診は、老人の健康を「疾病探索」の角度からみるためのたんなる内科的診療行為の一部にしかすぎず、老人の包括的な健康状態を把握しえていない。老人の健康問題は、疾病だけでなく、老人—生活反応に困る心身の日常生活能力の低下—が問題であり、その評価と改善のための生活指導あるいは臓

器等残存能力の評価とこれに基づく可能な生活方法の処方が必要である。また「過安静」は有害であり、限界を越えぬ範囲での積極的な生活が老衰を防ぎ、生きがいを増し、健康を増進する。こうした積極的目標をもたない健診はかえって有害である。老人の基本的人権を高めるためには、避けられる老化を防ぎ、不健康な生活反応を除去する援助と老人の潜在能力を再開発して、生命ある限り生活能力を高く保持させる対策が必要。

2. 医療費支給制度の基本的問題

老人医療費支給制度(いわゆる無料化)の実施により、医療保険制度の矛盾や欠陥が拡大され、老人医療にもち込まれてきた。老人医療には看護やリハビリが必要であるが、診療報酬として正当に評価されていないため、現行医療内容は老人にとり必ずしも適当でない。無料化といわれているが、入院の場合差額ベッド料等多額の自己負担を要し、看護の手を要する老人は敬遠されがちであるため、真に医療を要する老人がかえって医療を受けられぬという問題がおこっている。終末期患者には精神看護や家族の支援が必要であるが、しばしば没人格的なICU施設などに隔離されたり、過剰な薬物治療の対象とされがちであるなど、老人の医療には人権上の問題が少なくない。

3. 老人の医療からの疎外

従来の病院医療は、成人の急性疾患診療をモデルにつくられてきたが、入院患者の老齡化、慢性疾患の増大のため、病院はモデルに合わせ診療を余儀なくされている。ために病院医療に適応不全の状態をもたらし、老人医療に消極的になったり、逆に少数職員で画一的処理をする老人専用施設と化するなどの反応をおこしている。現行保険制度がこれを助長している。老人が適正な医療から疎外される結果、「老人病院」を求める世論も高まっているが、老人に対する医療が根本的に改められぬ限り、医療保険制度の歪みと職員確保の困難さのために、少数職業による画一的処理の方向に陥る危険が大きい。老人医療のみでなく、医療全体の目標を老人に適合したものに改めていくことが必要だ。

4. 老人に適合する医療の方法

老人の健康問題は疾病のみでなく、老化・生活反応など生活と環境の歪みに要因をもつものが多い。したがって治療の限界を考慮して、「治療」よりも「悪化防止」「合併症予防」に重点をおき、疾病や疾病に伴う生活反応によりおこる日常生活能力の低下の防止あるいは低下した機能の向上を図る取り組みが必要。Nursingは老人医療の最も重要な要素である。老人と老人の生活・環境に働きかける医療はできる限り家庭治療とすべきで

ある。病院は施設を用いねば不可能な処置に限定すべきであり、入院期間は短いほどよい。長期化により生ずる日常生活能力の低下、自律性の低下の防止の努力が老人の人権を守る立場から必要である。

5. 京都堀川病院の取り組み

以上の観点から堀川病院では、居宅療養体制、間歌入院体制、在宅患者のグループワークによる機能訓練などの取り組みを通じて、老人に適合した医療の方法を模索して地域医療活動をおこなっている。しかし、これらの取り組みは何らの給付もないため、経済面その他に困難がある。

坂野(帝京大)は現行の老人健診は受ける側、実施側に問題がある、健診結果も情報管理的に活用されていない、受ける側も予防的認識が低いと思われるので健康教育時に認識を高める工夫が必要、今の健診では老人の病像解明は期待できない、予防と治療とが分離しているところに問題がある、疾病発見よりも日常生活指導の根拠を見出す方向で健診に取り組むべきだと述べた。曾田(元公衆衛生院)は無料化は国保制度の上におこなわれているため問題がある。医療費支払方式は fee for service では問題があり、抱括的な医療費支払制度を考える必要があり、また当面 nursing がおこなえるようにする必要のあることを指摘した。竹熊(熊大)は老人だけを対象とするのではなく家族を含めて指導する必要があるし、若い人を含めた対策を考えなければならないと述べた。青山(岡大)が fee for service が何故不採算医療になじまぬのかと質問したのに対して、奈倉は独立採算制的枠のあるところに問題があると答えた。

11. 予防接種禍をめぐる法体制(青山英康, 大原啓志 岡大・医・衛生)

近年、腸パラ定期接種の廃止、集団接種体制と実施方策の検討、接種事故の救済など予防接種体制の部分的「改善」措置が実施されたが、これによりかえって抜本的改革を遅らせ、新たな問題を生みだしている。例えば、集団接種時の事前調査方式は安易な接種不適応判定に適用され、医師の一方的な責任回避の手段となり、多数の不適応者の出現は予防接種の意義そのものを失わせる結果となっている。接種事故の救済は、昭和 45 年以来一定の措置がなされているとはいえ、被害者側の要求にほど遠く、被害者運動の高揚の中で、東京・大阪で民事訴訟がおこなわれている。

1. わが国保健・医療体制における予防接種事業の位置

わが国では、医療において受益者負担の原則が貫徹さ

れている。これは、採算の合う医療は供給が需要を上回ることを意味しているといえる。現行の自由開業医制が、私的医療機関の設立努力にその財政的基盤をおいている以上、私的開業医の社会的倫理観は追求されても、公的責任の追及はされない。一方、不採算医療における需要と供給のアンバランスによる社会的不安解消のために、国家権力による行政的措置が発動される。これが社会防衛論に基礎をおく衛生行政体制の確立である。したがって、保健・医療サービス供給体制というより、患者の人権が無視され、社会防衛の立場が優先されて、管理と隔離のための強権的行政措置のみが推進される。

2. 伝染病予防体制と予防接種事故

伝染病予防法は、明治 30 年に公布されて以来、17 回改正されたが、抜本的改革はいまだおこなわれていない。内容的には伝染病発生後の措置を規定しているが、日常的な感染源対策についての法的規制はないに等しい。予防接種法は昭和 23 年に公布され、9 次の改正を経たが、公権力による管理体制の強化が規定されているにすぎず、実費徴収規定にみられるように受益者負担の原則も貫かれている。したがって、これには安全な予防接種体制への配慮もなく、副作用による被害者救済のための行政措置に関する規定もない。

3. 予防接種禍の責任

予防接種による副作用発生を法的に認めていないため、その対策も法的に規定されないまま今日にいたっている。一方、予防接種実施の公権力による強制は明文化されている。実施責任は市町村長となっており、国の責任は不明確である。国家賠償法では過失責任主義をとっているため、被害者が過失のあることを立証しなければならない。ワクチン製造に際しては、製造者は最終的に国家検定を受けることになっているが、品質管理の内容証明にすぎず、安全性における国家責任を明確にするものではない。予防接種による事故発生の危険性の極めて高いわが国において、法的な救済策が全く認められない現状は、被害者の人権無視の体制というべきである。

4. 被害者救済のための原則

現行の予防体制において事故の発生は予防しえない。それだけに被害者救済を充実させる必要があり、現状は極めて貧弱である。①生存権と健康権の保障、②生活権の保障、③生活機能に一致した一貫性ある体制、④施設中心主義への反省、⑤被害者救済のための研究開発、⑥被害者への継続的管理体制の充実、⑦被害者運動への配慮など、いずれも被害者救済のための行政的措置として必要であるが、現実にはどれ1つとして実施されていない。

以上の報告に対して、菊池（東京）等から住民からの予防接種に関する質問にどう答えるべきかとの質問が出されたが、青山は、あしたにどうするかのを私が答えることにはあまり意味がない、各人がそれぞれの立場で取り組むべき段階だ、いずれにせよ今の予防接種制度のもとでは、まだまだ被害者はつくられるだろう。われわれはあまりにこれまでの日々をごまかしてやってきたように思う。今必要なことは、住民にもっと事実を知らせていくことだという主旨の答えがあった。これにたいし、飯島（堀川病院）らから、具体的に答えよとの発言が再々なされ、また、曾田（元公衆衛生院）からも、それぞれに考えよとつばねても結論はでないではないか、それに、現場のものは、住民にただ事実を話すだけではすまされないのだという点を考えてほしいとの反論がなされた。これらの指摘にたいして、青山からは、繰り返し現状では予防注射をやめよとはいえないが、問題が多々あることも事実だ、少しでも被害者の人権を守ろうとすれば体制変革にむけての闘いの仕方は多彩であり、画一的に方針を出すことにはならないとする主旨の発言がなされた。なお、大阪で予防接種事故の民事訴訟を担当している弁護士山崎（大阪）から、集団防衛の立場からの文献は多いが、受ける側からの文献に乏しいこと、接種を受けるに際しての自己決定権があるはずなのに現実には無視されていることなどの指摘があり、また訴訟への医療関係者の協力要請がなされた。

12. 未熟児網膜症の発生過程に関する保健医療の問題点（田中豊穂 名大・医・衛生）

未熟児網膜症の患者家族 15 例の面接調査を通じて、未熟児網膜症発生の社会的要因を検討し、その予防の可能性を追究した。

患児出産前後の母の妊娠。出産歴であるが、単純には結論づけられないが、総じて患児の出産を契機に、母体保護のために、日常生活、仕事、医療など種々の面で注意深く変わったと思われる傾向がみられる。

患児の妊娠中あるいは出産時の状況を見ると、保健所あるいは医療機関の保健指導を受けていない例が多い。保健指導を受けたことがあっても、母親のその後の行動に影響を与えるほどの動機づけに乏しいものばかりと思われる。母子手帳はほとんど有効に活用されていない。

未熟児網膜症発生防止のためには、酸素濃度ばかりでなく、温度、湿度、感染防止、栄養などを含めた総合的対策がどれだけおこなわれていたか、あるいは条件整備の可能性など検討を要するが、今回の調査では問題が多いと思われる事例が多かった。眼科医療については、古

い事例ほど、受診の条件がありながら検査が実施されなかったと考えられる例が多い。また、条件がない場合、他医療機関への紹介等の積極的措置がとられていない。未熟児網膜症への関心の薄さが、管理を不十分にしていったものと推測される。眼底検査がおこなわれた例でも、もっと適切な時期におこなわれ、親に結果および治療法が知らされておれば、適切な治療が受けられた可能性がある。

治療初期に将来の見とおしについて、説明を受けている事例もあるが、多くは障害の将来の可能性について、何らの説明も受けていない。転医の可能性、以後の養育など考えるならば、より早い時期に、より詳しく医師は説明すべきである。

治療の可能性については、1968 年に光凝固術が開発される以前はともかく、それ以後が問題となるが、今回の調査事例の中にも、より早期に検査され、知らされておれば、適切な治療が受けられる可能性があったと思われるものがいた。

まとめ

未熟児出生予防対策の確立の必要性、未熟児医療にかかわる医療機関の整備、充実の必要性、保育器などの認可基準は明らかにされていないが、薬剤なみの審査の必要性、親に知らせることの必要性などが、この問題をめぐって指摘しうる。

いずれにせよ、現在主として酸素投与および眼科管理を中心にした医療機関の責任が問題とされている。この背景には 1958 年に養育医療制度を施行して、未熟児治療を助成しながら、指定医療機関および地域医療網の充実・整備、福祉などの対策を怠ってきた国の厚生行政の責任の問題がある。

田中は、この問題に対する医師側の拒絶反応がみられるが、これは患者要求の内容を曲解しているためではないかと述べた。また、この種の事例に接している保健婦（八代・保健婦）の立場から、産科医はもっと十分な説明を親にしてやってほしい旨の発言があったが、田中はむしろこの問題の正しい解決のために、保健婦などの積極的協力が望まれると述べた。

13. キノホルム薬害被害者の要求とこれに対する国・製薬企業の対応（片平洸彦 東京医歯大・難研・臨床薬理）

1. はじめに

スモンは現在国の特定疾患対策により、「原因不明・治療法未確立」の「難病」に指定されているが、キノホルムが原因物質であることが明らかになった以上、「薬

害」であり、スモン患者・家族・遺族は「キノホルム薬害被害者」と規定すべきである。ここでは、被害者要求と国・製薬企業の対応の実態と問題点につき報告する。

2. キノホルム被害者の要求

被害者の会の要求は、①治療法の確立と普及、②損害賠償、③医療と生活の保障、④薬害の防止、である。また民事訴訟により「認定」要求が事実上出されたことになるが、賠償問題が日程に上れば、さらに重要な問題となる。

3. 国の対応の実態と問題点

①スモン研究班で、鍼麻酔治療、高圧酸素療法などの治療法に一定効果があったと報告されているが、これらの療法の安全性・有効性の客観的評価と被害者すべてに普及させる態勢づくりが必要である。②キノホルムとスモンの因果関係については、国はスモン研究班の結論に従うとしつつも、「キノホルムの過剰投与に原因があるので、医師に責任がある」として、「その責任を国に問うことは全く当をえない」と主張している。しかし、国はキノホルム剤製造許可の際、一日量最高 4.5g までの投与が可能であるような「過剰投与」を承認している。また、「日本薬局方」に収載された薬なので、「包括建議」により安易に製造承認がなされていたことが、証人尋問で明らかにされている。承認後の追跡調査を怠っていたこととあわせ薬事行政上の大きな責任と考えられる。③医療と生活の保障は当然国の果たさねばならぬことであり、現在「難病」対策としての医療費公費負担制度がある。この制度の主体は自治体であり、国は経費の 1/2 以内の範囲で支払えばよいとなっている。鍼、灸など健保適用外治療経費や病院の乗物代、入院の部屋代等間接医療費には適用されないという問題がある。④キノホルム薬害の社会問題化以前に、ペニシリンショック（昭 31）、サリドマイド（昭 36）など一連の薬害が発生しているが、国が「新薬」製造承認の際毒性や催奇形性、客観的臨床試験等の資料提出を企業に義務づけたのは昭和 42 年であり、市販後の副作用のモニタリングは昭和 41 年開始であるが、キノホルムはこれからはずされておらず、スモンを多発させた。

4. 製薬企業の対応の実態と問題点

現在の訴訟では主としてチバガイギー、武田、田辺の三社が被告とされているが、いずれもキノホルムとスモンの因果関係を認めず、被害者要求を拒否しつつ、さらには外人証人を多数申請し、裁判の引きのばしを策している。スモン発生への報告が外国では少ない点、学問上なお解明を要する課題であるが、1970 年にキノホルムの神経障害作用が世界的に注目されると前後して、ス

ウェーデン、米、英、スイス、オランダ、オーストラリア、インド等から症例報告がなされている。被告企業として、戦前から毒性・副作用等報告されていたのに、戦後安全無害な薬として大量製造、販売してきたことに責任があると指摘されている。しかし被告等は、一々細部にわたり「反論」を繰り返している。「安全無害の薬」として売りこんだ事実は否定しようがない。

薬害事件の続発と世論の高まりにより、製薬業界は能書の記載変更等で対処をしているが、現場医師に徹底しない問題がある。現場医師からは、製薬企業の責任のこの態度がうかがえるとの声があがっている。

5. 医薬品副作用被害者救済制度について

本制度は昭和 48 年度から検討がつづけられている。事前に予見しえず、業者に民事責任が認められない副作用の被害者に、業者が基金を出しあって「救済」する方式として検討されているとのことである。本制度では、加害者責任はあいまいにされてしまう。日弁連が提唱したように、無過失責任による損害賠償方式を中心とすべきである。

6. まとめ

キノホルム薬害に対する国と製薬企業の責任は明白である。被害者要求を拒否していること自体、責任の度をましているといえる。

14. 住民要求と行政の窓口（吉田幸永 京都府日吉町役場・保健婦）

ここ数年、住民の暮らしを守る「地方自治」とか、住民のいのちを守る「地方自治」ということがいわれているが、それぞれの自治体は本気で住民の暮らしを守る地方自治を確立させようと努力しているのであろうか。先日読んだ本のなかに、公害患者は二度殺される、一度は企業によって、二度目は行政によって……、さもあらなと思う事実が、わたしの自治体でもおきている。この事例を報告して、なんでそういうことがおきるのか、この原因を追究し、ほんものの公衆衛生活動の土台をしっかりさせていきたい。

事例 1 婦人の要求によって実現させた「子宮癌検診」の受診希望者が申し込み数より 300 人ふえた。婦人会の役員が役場にきて「子宮癌検診希望者が申し込み数より 300 人ふえましたんで、何とかお願いできませんんやろか」「そらあきません」「なんで……?」「わしはそんなあつかましいこと保健所へよう言うていきません」「??」

事例 2 雨の日に農家の主婦が、川で里芋を洗っていたら川の水が真黒に濁ってきたので、一升瓶に真黒い

水を採って役場へ電話した。「午前 10 時頃より川の水が真黒に濁ってきたので一升ビンにとっておきました。検査してもらえますか。町水道の上流でもあるし、上流に染色工場もありますので……」「そんなこと関係おへん、上流で工場の埋立てやってまっさかい」「??」

事例 3 夜店で祖父が土産に買ってきたビニールの玩具、孫がなめたらへんな顔をした。母親が心配してなめてみたら、口の中がしびれた。大丈夫かしらと保健婦に相談、保健婦は消費生活モニターの証明つけて役場の係に「この玩具、モニターさんの証明もらってきたし、1 回検査に出してみて」「そんなもん、うちの子がなめとるけど、何ともないのに!」

これらの事例は、どこの役所の窓口でも日常茶飯事のごとく繰り返されている例だと思いが、この主客逆転のやりとりが、個々の自治体の住民のいのちを犯すことにつながっていくのではないか。

この報告にたいして、会場の一保健婦（東京）から、棒を決めて棒外の行為はしないというのが役所の姿、しかし、ただけしからんといって追及するのではなく、仲間としていっしょにやっていくことが必要だとの発言があった。また、熊大の学生から、なおざりの行動をなおさせるとり組みが必要であり、ただいっしょにやろうというだけではだめだとの陳述があった。

15. 保健所行政論——試論——（小栗史朗 名古屋千種保健所）

1) 保健所は今、通産省主導の地域医療システムのなかに位置づけられ、全国の保健所を半数近くに減少させ、地域保健センターへと解体させる厚生省構想の路線（自治省の広域行政構想に沿い、地方自治にはおかわりして中央集権化の方向へ進むもの、対人保健サービスの業務を下請化あるいは消去し、保健所を情報収集を主とする住民管理機関に変質させる危険あり）か、「住民の住民による住民のため」の保健所への路線をとるかの岐路に立っている。後者の路線の展望を開くため、運動論、技術論、行政論の 3 つの視座を設定する必要があるが、以下、行政論の試論を提起する。

2) 保健所法は保健所を營造機関と規定しているが、行政機関の側面もある。現状は後者が圧倒的となり、各衛生法執行機関へと変質している。保健所法の空洞化といえる状況であり、憲法その他の基本法の空洞化と同一の特性をもつ。現行保健所法は、①旧保健所法をひきつぎ、同時にそれまでに集積されていた公衆衛生・行政関係者の経験・知識・制度を集約したもの、制度的には社会事業系統の健康相談所、小児保健所の伝統と警察行政

下の衛生警察との統一、②憲法に具体化される戦後の民主化のなかで、公衆衛生が重視され、保健所が地域社会の公衆衛生を担う機関としての認識、③当時の伝染病の猖獗に対処する全国的施設として、占領軍・政府が保健所網を必要とした極めて現実的な要請、この 3 つの契機が関与して成立したと考えられる。しかし「占領政策是正」によって保健所も変質していく。保健所法の運用に、当初から①旧保健所法が国民体力法の第一線執行機関として徹底的な中央集権制官治主義により実施されていた悪弊を、関係者は意識の面でも払拭できなかった、②戦時中保健所法とその運用が「軍の要求で治療機構とは全く別の次元で取り上げられた」ため、初期の社会事業（社会福祉）的精神を喪失し、治療機構とは別の官治機構的側面を強くもっていた、という限界があった。このことが「占領政策是正」期間以降保健所の変質を容易にさせた内在的な要因であった。

3) 保健所運用にみる問題点——①保健所法は第 4 条で、治療をおこなうことができるとしているが、予防的治療はほぼ 30 年以後保健所から消失していること、②保健所運営協議会は、公衆衛生を無視し保健所運営に主要点をおく結果となっていること—官治主義の具体化、③保健所は必要な試験検査をおこない、その施設を医師などに利用させることができると開放性を規定し、地方のニーズに即応する設備投資を義務づけていること、④支所の設置は第 7 条にもとづき増進されてよい。教育的、技能的側面を重視すべき保健指導業務担当者を増員させるための行政的技術として、支所増設が試みられてよいこと、⑤規制業務の在り方について検討する必要があること。現状は、食品衛生業務をみても、地域住民（消費者）でなく、権力と結びついた業者に依拠しているとの指摘がある。保健所法では、栄養の改善および飲食物の衛生に関する事項の指導及び必要な事業をおこなうと規定されており、明らかに地域住民を対象としている。苦情相談の開設、市民モニター制の活用など地域住民（消費者）への依拠の道を開きうる。

4) 以上は試論であり、運動論、技術論と離れては行政論は成り立ち得ない。政府路線は運動論欠如のまま、技術論と行政論をほぼバラバラにして進めているのに対して、三者を統一した路線として把握しなければならない。保健所法のみなおしに終始したが、現実的には保健所業務を規制しているのは 80 におよぶ衛生法規であるゆえ、これらの洗いなおしも当然着手しなければならない課題である。人材の養成、財政問題の解決も行政論は解明しなければならない。

まとめ

近年、疾病の社会性の認識の高まり、あるいは人権思想の拡大とともに、健康権の主張が強められてきている。また、「公共の福祉」「公共の利益」の名のもとに、ともすると、少数者の健康の問題が軽視ないし無視されがちな状況に対して、それは許されないとする動きが、健康権の主張とともに強められてきている。

しかしながら、現行の衛生法規には、人権を軽視ないし無視し、逆に社会防衛的発想が先行し、あるいは疾病自己責任原理が流れている。いうなれば、本来健康を守るべくして作られたはずの法律が、実は少数者の人権を無視することによって、多数者の健康が守られているかのような幻想を作りだしている。障害者の人権が守られていないところには決して健康者の人権が守られることはありえないにもかかわらず、である。

そのことを端的に示しているのが、予防接種の問題であり、精神衛生法あるいは保安処分の問題であろう。あるいはキノホルム薬害のごとき問題もあげられよう。

また、弱者を守るために作られたかにみられる法規でさえも、仔細に検討するならば、老人医療にみられるように、決して真に老人の人権を守り、健康を守ることになっていない、あるいは母子の健康増進をめざすしつつも、実際には未熟児網膜症問題にみられるように、

その不備のゆえに、切り捨て部分を生みだしてきている。

さらにまた、法なり行政の仕組みなりは、住民に依拠しての取り組みを通じて、現行のものは不十分ではあっても、それなりに住民の健康を守る上で寄与しうる可能性をもちながら、実際には、担当するものの姿勢などの周囲の条件のために、その可能性がみおとされているといった現実もみうけられる。その逆に、住民運動に依拠し支えられて、現状打破への一歩となる新たな取り組みをしている事例もあり、これらは、今後の在り方を考えていく上で、教えられるものを含んでいる。

いずれにせよ、今回の演題発表とその討論を通じていえることは、決して法律のみにて健康が守られるものではなく、健康を守るための日常の闘い、基本的人権としての健康権確立への普段の闘いなくしては、健康は守りえないということであろう。

9題の演題とその討論を1つにまとめるよりも、紙面の許すかぎり、それぞれの内容をできるかぎり紹介することの方がよいと考えて、その内容を要約してお伝えを試みた。しかし、全文掲載にはなりえないため、演者の意とするところを、十分には伝えきれていないのではないかと危惧される。詳しくは「第16回社会医学研究会総会抄録集」を是非参照して頂きたい。

●医学論文執筆の知識をコンパクトに解説

新刊

医学論文の書き方 改訂第2版

田中 潔 九州大学医学部教授

研究者、医学生を対象とし、論文の書き方、図、表の書き方、校正のしかた等、最少限必要な事項を具体的に説明し、正確できれいな論文を書けるよう、さまざまな配慮をほどこした。今回改訂第2版では、当用漢字音訓表と送り仮名の改定、新著作権法、薬局方の改正、生理学用語集の発行、日本医学会用語委員会編『医学用語辞典』発行など初版発行以来の新しい動きに応じて内容を改め、症例報告の書き方、雑誌名省略の実例一覧などを新たに加え、より充実させた。医学界に広く普及をのぞまれる便利な参考書。

〔主要内容〕 まえがき<論文の種類と構成 原稿の印刷工程による分類> 本文の書き方<原稿用紙の使い方 題とその符号 用語 症例報告 原稿の仕上げ> 文献の書き方<文献の引用 文献欄記載上の注意 雑誌名省略法> 表の書き方<表の意味と使い方 表の作成法> 図の書き方<図の種類 凸版原図の作り方 図の縮小率 図の中の文字 写真原図の作り方 図の題と説明> 欧文抄録と欧語論文<欧文抄録 欧語論文 外国雑誌への投稿> 校正の仕方<校正の原則 校正の記号 校正の要領> あとがき

●A5 頁126 図6 1975 円1,600 円160



医学書院

〒113-91 東京・文京・本郷5-24-3 ☎東京(03)811-1101 振替東京7-96693

法と健康 (演題 16~26)

—いかに理解し、いかに取り組むべきか—

<座長> 東田敏夫 関西医科大学公衆衛生学教室
原 一郎 大阪府立公衆衛生研究所

「法と健康」—この要望課題にたいして、いくつかの意欲的な報告と討議が行なわれた。私どもが司会した演題は、主として化学物質による労働者あるいは住民の健康被害—職業性中毒、有害食品中毒、公害被害—に関するもの10題である。それらの報告の要旨を紹介し、討論の要点を述べ、あわせて司会者の印象と見解をつけ加えたい。

なお、この要望課題のもとに、他に頸肩腕障害、じん肺、白ろう病などの労働衛生の問題が報告され、また労働衛生に関する自由集会が持たれた。これらにも共通するものが多くあったことを付記しておく。

16. トリクロロエチレン慢性中毒の業務上外書類鑑定の一経験 (川森正夫 杏林大・医・衛生)

最近、公害・労災・職業病の認定問題と裁判事件が増加の傾向にある中で、医師の生命観と社会的認識が端的に試されていると観点から、溶剤中毒の一事例を紹介して、労災・職業病が正しく処理されるための提案を行なった。

この事例は、1971年頃より約16年間トリクロロエチレン製造装置の保全・修理に従事していた50歳(労災申請時)の男子に、就業6~7年頃より、めまい、下肢のふらつき、胸内苦悶感、気力減退、失神などの症状が現われ始めた。その後、交通事故による頭部・四肢の打撲傷による入院加療を経て、昭和39年頃には、下腹痛、右季肋部痛、歩行不自由が現われた。昭和40年、退職と同時に腹部症状はなくなったが、別に両腕に劇痛を覚えるようになった。この患者が、医療機関で受けた診断名は、急性低血圧様症、右肘部筋リウマチス、尿結石の疑い、高血圧、遊走腎、右肩神経痛、脳軟化症疑等と多彩をきわめたが、受診医療機関中で、溶剤中毒を病因と考へて業務上としたものが1病院、業務外が4病院(労災病院の書類鑑定2を含む)、疑わしいが保留とし

たもの3であった。演者の意見書は「疑い濃く業務上」であり、最終的には「業務上」と認められた。

このような症状を持った患者の労災認定請求に対し、2労災病院ともに「業務外」との判断を下し、基準監督署長は審査請求を棄却した。その理由は、諸症状を老化と結びつけて溶剤ばく露の実情には全くふれないか、あるいは許容濃度を業務上外の判断に用いるという誤りをおかしたり、因果関係の積極的な立証ができないから中毒と決め難い、などが主なものである。

以上の判断について報告者は、本例がトリクロロエチレン中毒の典型的な症状があること、疫学的根拠からも可能性が十分考えられること、現代の労働者保護立法の精神からみても、疑わしいがゆえに業務外とすることの誤りを指摘した。また、本事例の検討から、業務上外の審査会の関係者、とくに医師が専門知識不足と社会的適用の方法を誤って不可知論や生物主義に陥って、科学の無視や医師の社会的任務の放棄を生じ、その被害はすべて患者にしわよせされることの不当を結論として強調した。

この報告について、尿中代謝物測定などによる曝露程度の把握、同僚の健康状態について質問があったが、報告者は書類審査のみを行なったもので、これらの点は不明とのことであった。また、労働状況の把握が弱いことが大きな問題であるし、審査会のあり方については十分な検討が必要であり、とくに労働者代表の活動が重要であるとの発言があった。

17. 下請け労働者の職業性中毒—事例からみた法的問題点 (山内淳子 原 一郎 大阪府立公衛研)

下請労働者、家内労働者のいくつかの職業病事例を紹介した。これら未組織労働者に多くみられる職業病の発主要因を図解しながら法的問題点を述べた。

第1に、構内下請の場合、常態的(仕込み、袋づめ、

運搬等の作業)、臨時的(修理、点検、清掃、解体等の作業)の2つのタイプに分けることができる。この部分は資本にとっては非生産部門にあたり、下請労働者(社外工)が従事させられており、有害物質に直接さらされる危険作業である。構内下請に対する親企業の安全衛生義務は造船・建設の2業種に限らないで、その範囲を全産業規模に拡大する必要がある。

第2に、外注下請の場合、現行法では、毒性の事前調査、規制対象物質の範囲、成分と有害性の明示の内容が不十分であるため、未組織で無権利状態にある下請労働者は、これらの危険・有害物の不幸な犠牲者となっている。したがって、外注下請の場合、とくに危険・有害性の告知義務を発注者に課することが必要である。

第3に、家内労働者の事例として、エポキシ樹脂皮膚炎を紹介した。この事例は、委託者が原材料一切を持ってきたが、エポキシ樹脂塗料の安全な取り扱い上の注意が全く行なわれなかったため、何も知らない家内労働者はひどい皮膚炎にかかり、病院を転々としていっそう病気を悪化させた。本例では委託者の社員が家内労働者のところに毎日原料の配達、製品の回収にきており、実際上は委託者との間に事実上の労働関係(使用従属関係)があり、労基法上の労働者として扱われるべきである。家内労働者の場合、このような実態が少なくないと考えられるが、「家内労働法」の規制下におかれる。「家内労働法」では、鉛・溶剤・粉じんの三作業のみが規制対象で、その範囲はきわめてわずかである。家族への影響、地域汚染の問題も考え、一定の有害作業の居宅内持ちこみは禁止すべきである。上記の家内労働者は現在、委託メーカー、委託者への発注者、塗料メーカーの3者を相手に訴訟をおこしている。

下請(未組織)労働者に対する職業病予防のためには法規制の強化=最低基準の引き上げ、地域における職業病医療センターの活動などが挙げられるが、何よりもこうした下請労働者自身の組織化の方向と、労働組合運動における組織労働者の取り組みが課題である。

この報告について、家内労働者の訴訟の意義やこれに対する地域・労組の支援について質問があり、家内労働者の職業病裁判はわが国ではじめてのものである、直接的には被害にたいする補償の請求であるが、「支援する会」では、訴訟の支援のみでなく、家内労働者が真に保護される家内労働法の確立、有害物から化学労働者を守ることをもめざしている。この会には、印刷・化学関係の労組も参加して、家内労働者の健康破壊の埋もれた実態だけでなく、自分たちの職場の点検とも結びつけようとしている。地域での活動は弱い、その地域の労組の

働きかけが始まっている、と語った。

18. クロム工場の職業性肺がんをめぐる社会医学的問題点(福地保馬 渡部真也 北大・医・公衛)

クロムによる職業性肺がんの疑いは、1935年に提示され、1948年には外国では疫学的に、1958年に実験的に、これが確認された。わが国では、報告者渡部らの研究までほとんどクロム肺がん問題は表面化しなかった。その理由の1つは、労働省がみずから監修した書物の中ではクロムによる肺がんの発生を記しながら、労働安全衛生関係法規の中では、1975年1月の改正までは、全く法的規制を行なわなかったことである。

しかし、今回の法的対応として設けられた退職者の健康管理手帳においても、つぎのような不十分さが認められる。①交付対象労働者を経験年数5年以上、職種を直接工のみに限定している。②すでに離退職している者は、法施行後約1年以内に申請しなければ永久に手帳の交付を受けられない。③交付該当者の判断はほとんど全く会社に委ねられ、記録の不整備のため交付対象者の範囲が不当に狭く、限定されるおそれが大きい。④会社と国は積極的に該当者を探し出し手帳を渡す義務がある。⑤手帳所持者が検診を受けうる病院は指定制で限定されており、交通不便のため受診率が下がるおそれがある。なお、検診項目について、現職者でも肺がん早期発見のための検査は義務づけられていない。

他方、労働組合、退職者・遺族・住民の対応にもつぎのような問題点がみられた。演者らの疫学的調査に際して、労働組合の協力も得られず、健康診断の要求も組合からは出されなかった。退職者の会も積極的な運動はなく、わずかに肺がん死亡者の遺族・患者家族の労災申請の運動のみは進んだが、企業に対する直接補償要求では足なみが乱れた。クロム鉍滓投棄が行なわれた工場周辺地域住民の運動も起こりつつあったが、工場労働者の運動はほとんどなかった。このような立ちおくれの原因として、演者らは、当該労働組合およびこれを含む地域労働者組織がこの問題にかかわることにきわめて消極的であったことを挙げている。

さらに演者らは、「職業がんの今日的意義」として、労働者の健康問題が、急性の職業性疾病から慢性のものへ、在職期間中の疾病から退職後の健康障害へ、特異的なものから非特異的なものへと変わってきている現在、その典型的なものとしての職業がんが、いかに扱われているか、どう扱われるべきかについて、大きな関心が払われるべきことを強調した。

この報告に対して、全国的に相当多数のクロム労働

者に、この肺がん問題をいかにして PR するか、例えばニュースを作って配付し、情報を提供して関心を持たせるべきではないかとの発言があった（山田・名大）。

19. 労働者健康保護法における医学概念の問題点（水野 洋 大阪府職業病センター）

日本における労働衛生法規形成の歴史の特徴点として、「工場法」制定は、他の社会衛生法規が個人の健康保護より社会防衛の観点から制定されたと同様、個々の労働者の健康保護より労働力保全の方が主目的であったこと、日中戦争以降の体制の中で重要項目が骨抜きにされると同時に健康管理体制などが医療・医学の側で検討されだした点、そして戦後は法理念は一新されたが健康に関連する具体的な事項は戦前のそれを引きつぎ結果となったことを指摘した。

ついで現行労働者健康保護法の体系的な欠陥として、第1に労働者健康保護に関する医学的原則が一貫して盛り込まれていないこと、第2に具体的な規定は省令・告示などにゆだねられており、かつそれらが法律の理念と場合によっては相反していることすらあることが指摘された。第1の点については、労働医学的原則は労働災害・職業病発生の予防的対策、ことにその前提となる一般的労働条件の厳格な設定、不幸にして労災・職業病が発生した場合の労働環境・条件の点検と改善および傷病者に対する適切な措置、さらに広義の労働に由来する健康障害に対する労働条件の面での規制であるが、こうした原則が、今日の労働者健康保護法には生かされていない。最近の労働基準法から安全衛生項目のみを単独立法の形で「労働安全衛生法」が制定される過程で、労働衛生学分野からこの視点下の問題提起がなされた点が今後に生かされるべきである。労働者健康保護法規に関する医学側からの関与は、従来主として罹病・罹災後の問題であり、原則問題への肉迫が困難であった。同時に法規に使用されている医学用語についての概念規定を明確にしていくことが、医学・医療の側の責任であろう。この点は第2の指摘に関連しており、法律での用語が規則や通達・通牒の中で具体化されている場合に、医学概念のとらえ方に問題がみられる。医学的な概念規定がもっと検討され、より正しい意味の概念規定がなされるべきであり、具体例として「健康診断」およびそれに関連して「産業医」、「健康保険と労災保険」をめぐっての問題と「診断治療と病名」、これに関連して「治癒判定の問題」、「障害等級の問題」について、いくつかの医学概念上の問題指摘と討議点について論及された。

総括として、現行労働者健康保護法上の問題として、

全労働者が単一対象とならず分断されていること、一般国民の健康保護を目的とした諸法規との連けが欠如していることは、法体系の問題として検討の必要があり、そのためにも健康に関連する法規に使用される医学概念について、歴史的経緯をふまえ、かつ国民の健康維持増進の観点から、より正しく確立していくことの重要性を指摘した。

この報告に対し、業務上疾病の認定には医師の診断書が主体となるかとの質問、一般に医療に対する住民、とくに労組の参加、あるいは運動体との関連について考える必要があると討論があった。日本の「労働者健康保護法」における「医学概念の確立」については、法の制定と運用において、当の労働者階級の主体的参加が拒まれているところに問題があり、労働者とともに考え、ともに究明するの でなければその成果を得ることができないのではないか。

21. 環境アセスメントと健康—苫小牧東部大規模工業基地開発をめぐって（福地保馬 北大・医・公衛）

地域開発を行なおうとする場合、事前にそれが環境—人間系に及ぼす影響について調査し、その結果の了解がなされなければならないことは、四日市公害訴訟以後強調されるようになり、環境事前評価の立法化が急がれている。上記苫小牧工業基地開発は、実現可能性のある最初の新全総型コンビナートとしても、環境アセスメント適用の試金石としても、注目を集めている。しかし、苫小牧で実際に公表されたアセスメントには数々の問題点があり、開発のためのアリバイとしての機能さえもうかがわれる。このような観点から、つぎのような問題点が、苫小牧基地と周辺略図、苫小牧環境対策略年表、環境汚染付測の手法、排出（環境負荷）目標値の推移の図表にもとづいて示された。

①土地買収、港湾計画遂行など開発行為を先行させつつアセスメントを作成しており、これでは真の意味での「事前協議」とはいえない。②秘密主義、非公開作成で住民参加の道を閉ざしている。③人間ぬきの「環境」評価であり、ppm 主義の行政姿勢が反映している。例えば、地域住民の健康水準の評価、高感受性集団の有無、健康被害予測等は全く行なわれていない。④過去の各地での汚染状況や被害の実態に考慮が払われておらず、汚染予測にも「現実の汚染形態」から学ぶ姿勢がみられない。実施した種々の調査データも都合のよい利用しかされていない。⑤汚染予測は、主に机上の拡散計算にたよる、現地の気象・地形などの特殊性への配慮がない。また、汚染の最悪状態の予測はされないため、被害予測に

は多くは寄与しない。⑥予測対象物質がきわめて限られている。⑦結局は、環境負荷目標値ぎりぎりまで、いかに多く排出、拡散させようかを追求する資料の提供という役割を果たしている。また、環境負荷目標値とは、現在の当面緊急の行政目標である「環境基準」であり、とくに、苦東のような、未汚染地域に適用する基準とすべきではない。

今後の課題として次のような点があげられる。①民主的環境事前評価の法制化、②住民と学際的研究集団との協力による住民側からのアセスメントの作成、③地域健康水準の評価法の確立、④予測に際して、最悪状態の予測の必要性和感受性集団への影響の重視、⑤環境基準の再検討、⑥未汚染地域に対する汚染についての考え方の確立、⑦複合影響、二次影響、被汚染面積、被汚染人口への考慮とこれらに関する研究の必要性、等である。

この報告に関連して2つの経験が追加発言された。その1つは、水俣湾浚渫計画についての問題で、浚渫を行なった時、ヘドロ中の有害物が水中にまきちらされて再び二次汚染による人体への影響の心配があるので、各学会で討論を重ねつつ、綿密な計画をつくる必要がある。もう1つは日向新産業都市計画について住民運動としての取り組みで、「自分たちでできるアセスメント」をめざして総評傘下労組員の健康調査を行なっているとの報告があった。

22. AF 2 使用禁止までの総括 (南雲 清 新医協)

AF 2 (2-(2-furyl)-3-(5-nitro-2-furyl amide)=フリルフライミドの許可申請が出されたのは1962年2月であり、このあと阪大宮地教授が2年間で終了すべき実験を、厚生省は1年半の途中データで提出させ、これにより、食品衛生調査会・添加物・毒性合同部会(食衛会・添毒部会と略す)は1965年5月6日安全性を可決答申した。

AF 2 の経口 LD 50 はマウスで 0.5 g/kg 程度であり、慢性毒性として AF 20.2% 含有飼料で1年目に肝重量の増加(可逆的)が認められている。

この AF 2 の使用許可については、はじめから柳沢、郡司の批判があったが、約3年前に染色体異常の起こることが発見されて以後、年表のように批判と運動が展開され、ついに1974年8月 AF 2 の使用禁止が決定されていった。禁止にいたるまでの動きをつぎのように総括した。

①最初から AF 2 の必要性は保存上重視されていない(日本だけ使用)。企業的、スーパー的性格のために使用された。②毒性上からも問題があった。③AF 2 の

許可をなぜ急いだのか、FAO・WHO 勧告による基準作製との関係。④突然変異性問題について遺伝研究グループの研究成果を最後まで無視して、需要上と発がん性に焦点をしばった食衛会の態度。⑥使用禁止の方向は早くわかっていたようだが、時間を延ばし時をかせいでいた。⑥近年、奇形児の発生増加とからみ AF 2 を許可した責任は深く追及されねばならない。⑦これを要するに、食品行政の厚生省と食衛会一部役員、上野製薬(業者)とのゆ着は国民の生命を左右する重大問題として、その罪は重い。幅広い消費者と良心的科学者の運動は政府の反省を促進させたと述べた。

①1974.5.16. 俣野ら食品衛生研究チーム(予研)は食品衛生学会に、イ)子宮ガン培養細胞に対し、AF 2 は細胞コロニーの約半数が5~9 ppm で発育阻害され、ロ)細胞染色体の異常を起こす、ハ)肝酵素により分解された AF 2 の中間物質が有害性が強いと発表。AF 2 は分解しやすく、中間物質の測定は難しいが、蒸発などでも有害性がある。

②1974.5.17. 農林省は使用について強力な行政指導をするよう方針を固め、通達す。

③1974.5.24. 相磯和嘉(千葉大)「AF 2 の発がん性を再検討する必要がある」と石丸環境衛生局長に通達したと判明。

④1974.5.28. 賀田恒夫(道研)、俣野ら AF 2 の分解中間物質にて突然変異を起こすことを実験で証明。

⑤1974.5.31. 食衛会は総会を開き、AF 2 の安全性について再検討作業をすることに決め、第一分科会を病理を中心とした慢性毒性と安全性(Ⅱ)の研究、第二分科会を突然変異研究テーマとすることにした。

⑥1974.6.1. 黒田行昭(道研)「AF 2 はヒト胎児細胞にも強い突然変異作用を起す」と学会(組織培養)発表。

⑦1974.6.7. M. ジャピンら(米)、「日本からとりよせた AF 2 がアカパンカビに突然変異をおこす」とサイエンスに発表。

⑧1974.6.19. 栃木県の豆腐製造業者2人、AF 2 の神経障害で上野製薬に損害賠償請求を起こす(被害者全国で100人以上)。

⑨1974.6.19. 食衛会は第2回合同総会で第一分科会は高橋反論を批判し、「問題ない」とした。

⑩1974.6.22. 高橋は第一分科会結論に対し、8項目の再反論をまとめ、29日まで回答するよう求めた。

⑪1974.6.29. 杉山武敏(神戸大)はラットにより「AF 2 は細胞内の染色体を切断、遺伝因子に影響を与える」と発表。

⑫1974.7.1. 東京、神奈川、千葉、栃木の主婦12人、「AF 2 の製造販売差止め請求訴訟」を。大阪母親大会連絡会も代表20人らは上野製薬を訪れ、「AF 2 の製造禁止と企業責任」を追及す。上野製薬「安全性を再強調」す。

⑬1974.7.3. 食衛会、合同会議で各種研究データを検討したが結論持ち越しとなる。第二分科会は突然変異についての前回の研究方法について判定基準をまとめた。

⑭1974.7.5. 渡辺ら阪大歯、府公衛研共同グループは「AF 2 はマウスの口蓋裂や細胞核分裂の異常を起こす」と発表。

⑮1974.7.9. 栃木豆腐製造業家族6人「AF 2 の神経障害」で5,800万円の損害賠償請求を上野製薬に対し提訴。

⑯1974.7.11. 大阪市食品衛生課は AF 2 の豆腐添加と無添加の間に大差なしと発表。

⑰1974.7.24. 予研職員「AF 2 即時使用禁止」を求める声明文を発表。厚相、食衛会会長小林芳人に訴える。

⑱1974.7.29. 東京都は都施設関係の給食に AF 2 含有食品の使用中止を決め、AF 2 添加食品と製造会社名を公表す。

⑲1974.8.9. 食衛会中毒部会(イ) AF 2 は10月より豆腐

使用中止す、ロ) ハム・ソーセージへの禁止は食中毒を否定できないと。

◎1974. 8. 14. 食衛会は常任委員会で中毒部会の報告を受け、「AF 2 の必要性がなくなった」と使用中止を決めた。

◎1974. 8. 20. 池田良雄(国衛試)は「AF 2 を大量与えたラットに腫瘍が発生、発ガン性の疑いあり」と厚生省に連絡。ブカレスト出張中の斎藤厚相は現地で「AF 2 は全面禁止の方針」と記者会見。

◎1974. 8. 20. 「AF 2 を追放する総決起大会実行委員会」を開催中この報が伝わり、「幅広い活動の成果」と「これまで放置していた行政責任の追及」を行なうことを声明、一方上野製菓は「1974. 3. 20 から在庫量の調整のため一時製造停止していたが、4月より議論が活発化し、使用量が減少したため事実上生産打ち切りであった」と明らかにした。

◎1974. 8. 21. 食衛会、毒・添第一分科会は「池田報告の AF 2 発ガン物質」を全員一致で認めた。

◎1974. 8. 22. 食衛会常任委員会は第一分科会の発ガン性報告を確認し、「AF 2 の使用禁止」を内田厚相代理に提出、この時点で、AF 2 添加食品は約3万トン、200億円といわれる。

◎1974. 8. 23. 食衛会、毒・添第二分科会は同分科会の安全基準に照らし、AF 2 の突然変異性の高いものを添加物として使用できない」と結論をだす。しかしこの確定は1974. 7. 13の段階で明らかにされ、報告したが無視されていたと。

23. 油症問題に関する 2・3 の見解について (梅田玄勝 北九州市民公害研, 真角欣一 健和会新中原病院)

事件発生以来7年余を経た今日でもなお医学的にも社会的にも未解決であるカネミ油症事件について、医学・医療の立場から被害者救済に取り組んできた経験にもとづいてつぎの4項目についての見解が報告された。

① 被害者認定をめぐる若干の問題、被害者の認定をめぐって起こっている多くの困難と混乱の責任の大半は、政府および地方自治体にあるが、医学者および医師側にも問題を残している。1972年に実施した自主検診により、未認定患者119名のうち、109例を油症と診断しえたが、最終審査の担当医が、油症に関しては不適任な「専門医」であること、とくに病態のダイナミックな変化に対応しえない既存の診断基準のみに依拠したこと、そして診断と認定を分離させたことがとくに重要な問題点として指摘された。

② 被害の医学的側面：従来から知られていた職業性中毒とは、病理過程の異なる油症の診断には、当然のことを十分に考慮する必要がある。初期に決定された診断基準の変更は一定の反省であるが、この原動力となったのは被害者側の粘り強い運動であった。報告者は、未認定問題を解決するため、発症過程に顕性・不顕性の区別、病態の位相として急速相(第1期、第2期)・緩速相、病型に潜在型・内臓型・顕在型・遅発型を区別し、その病理過程に特異的側面(塩素痤瘡、色素沈着、毛孔黒点など)と非特異的側面(易疲労性、頭痛、吐気、腹痛、下痢その他複雑な愁訴)が区別されることを明らかにし

た。このように、ダイナミックな認識をするならば、各時点における未認定者の発掘と認定被害者の健康状況把握のための診断基準は、年々改善されねばならない。現時点では、かつての脂質代謝障害、皮膚所見などは有力な情報とはなりえず、報告者らは血中 PCB 相対ピーク高とベクトル、愁訴内容の多変量解析によって病態把握に努めている。しかし、この方法が評価されたとしても、一般検診に応用されるまでには時間を要する。第一線の医師団と大学等の研究者集団の有機的連携、さらには他の領域との学際的協力の発展が必要であり、このような連携が被害立証のための活動の中で芽生えつつある。

③ 裁判における被害立証：今日の高塩素化 PCB による持続的障害は、すべて医学的常識をこえるはじめての経験であり、そのとらえ方はむずかしい。患者の生活行動における被害は、患者と行動をともした第三者からの情報が重要で、医学的立証のためにも医師以外の協力が不可欠である。

④ 油症患者・対照健康人の血中 PCB の挙動の推移は、PCB による環境汚染起因性健康障害——とくに胎児は母体内で生物学的濃縮の target になっていることから、発育阻害、感染への抵抗減弱などの非特異的な障害の一の発生が危惧される。油症における諸問題が将来なお引き続いて論議され、解決への道が探索され続けるであろう。

この報告は、カネミ油症の医学的解明と被害者救済に努力を続けてきた梅田氏の貴重な集約的報告であった。

24. 有機合成化学製品の製造者および販売者の責任—とりわけ PCB を中心として— (吉野高幸 カネミ油症弁護団)

カネミ油症の母親の血液に含まれる PCB は母から子へ引きつがれていることが最近の死産児の解剖によってつきとめられた。このおそろべきカネミ油症被害は、カネクロール(鐘淵化学製造の PCB の商品名)と食用油を隔てていた厚さわずか数 mm の伝熱管に腐蝕が生じてピンホールができたため、カネクロールが食用油に混入して発生したものである。この悲惨な被害の責任は、第1には製造者ならびに販売者であるカネミにあることは当然である。しかしこれにもまして新しくかつ重要な問題を含んでるのは、カネクロールの製造販売企業、鐘化の責任の問題である。PCB の危険性は、すでに1953年動物実験を行なった野村茂氏(現熊大教授)によって警告されている。

わが国での PCB の生産が鐘化によって開始されたの

は、この警告の翌年 1954 年であり、その生産は年々増大していった。しかもこの開発に際し、その製品について毒性の実験もせず、担当者が文献すら読もうとしないで大量生産に入って行くというおそろしい状況が、法廷の証言の中で明らかにされている。

その後、カネクロールは生産量が増大しただけではなく、その用途も最初の低圧コンデンサー用絶縁体から、トランス用・高圧コンデンサー用絶縁油、熱媒体、さらに開放系使用のノーカーボン紙、可塑性へと広がっていった。この強力な売りこみに際し、鍾化は PCB の毒性危険性については正しい説明を行なうどころか毒性を隠し、利点だけを強調していた。例えば、カネクロールのカタログには、昭和 35 年頃までは毒性についての記載は全くなく、それ以後のものでも、「若干の毒性を持っていますが実用上ほとんど問題になりません」と注意しているのか、安心しろといっているのかわからないものである。

このような鍾化のカネクロールの製造・販売の態度は、おそらく化学企業が合成化学物質を大量に生産する場合に共通してみられる態度だと思われる。AF 2, フタル酸エステル、合成洗剤等の有機合成化学物質から私たちの健康を守るためには、何よりも製造企業がその物質の安全性を確認するという原則が確立されなければならない。

この報告に関連して、司会者がカネミ裁判の見通しと問題点について質問し、演者から、①明年 2～3 月に結審の後、判決となる予定であり、②油症被害の重大さを知らせること、③とくに行政の責任を明確にすることが重要な問題点であるとの答弁があった。

25. 公害ならびに職業性疾病の認定問題について（高松 誠 久大・医・環境衛生）

最近、医師が求められることの多い、「認定」という行政的措置を伴う医学的診断にかかわる諸問題を、いくつかの経験事例の中から法律との関係においてとりあげたものである。

① 労災認定を受けられなかった星野金山のけい肺患者の例：戦時中の劣悪な坑内環境での金鉱採掘に従事し、1943 年の閉山以後は帰農した村民の中から、けい肺またはけい肺結核による死亡者が戦後数年間に続出していた。

1972 年夏、はじめての実態調査が行なわれ、受診者 398 名中、けい肺有所見者 104 名（うち第 3 型 13 名、第 4 型 20 名）、結核要精検者 51 名が見出された。しかし、これらの重症けい肺患者は、じん肺法適用の前提

となる労基法制定以前の罹患であるため、何らの医療補償も受けていなかった。これではあまりにも悲惨だということで、行政官庁に働きかけた結果、労災に準じて取り扱うことになり、症度 4 の疾患には入院患者 1 万円、治療者 3～4 千円の医療費が支給されるようになった。しかし、症度 3 以下には適用されず、死者およびその遺族については何らの補償も認められていない。

② 独り親方であるため労災補償を受けられなかった振動病患者の例：大分県日田市周辺の石切作業場のほとんどは零細企業で、独り親方も多い。砕岩機やチップングハンマーを使用する石工 90 名中 40 名に白ろう現象がみられ、56 名が要治療と判定された。しかし、入院治療した者は 12 名のみである。

その後発病した若い独り親方は 4 年目に重症の振動病になったが、労災非加入のため国保で医療を受けた。また、早期の診断・治療が必要であるのに、ボーダーラインのものは認定されにくく、治療の対象からはずされたり、治療しても根治前に行政官庁から転職をすすめられたり、打ち切り補償を勧告された者もいる。

③ 公害病ではないというカネミ油症の認定という行政的作業の例：カネミ油症は加害者がハッキリしているので公害病ではなく、食品中毒として食品衛生法で取り扱うというのが行政の考えである。しかし、実際は自治体の長が、食品衛生法にはない「認定」という作業を行なっている。油症研究班の認定基準の解釈が各県で一致しておらず、この場合も「油症疑い」は行政的に切り捨てられる。油症に最も特異的な血液 PCB の性状・濃度の異常を重視しても年を経過した今日では判定困難な場合も出てくる。ボーダーラインの者に対する配慮と、疫学的追究の姿勢と総合的な医学的診断が望まれる。また胎児性油症児の優先的な健康管理・医療が必要である。

この報告に関連する討論として、振動病に関する、全林野・全国建設の労働組合の取り組みが紹介され、また大阪の一人親方の塗装工が労災保険の特別加入制度を活用していたため、溶剤中毒が労災補償を受けえた例が紹介された。また油症に関連しては、原田正純（熊大）から「認定制度」の欠陥について、梅田玄勝から油症の診断に不可欠の疫学的観点が軽視されていることの指摘があった。「油症の診断基準などを検討する九大油症研究班にはオブザーバーとして参加できても発言はできなかった。これは大学の民主化の程度にも関連している。また裁判での立証については推論は許されず、全くクリヤーカットでなければならない」と診断上、裁判上の問題が述べられた。このような討論にたいして、報告者から「水俣病での経験を教訓にすべきである。医師の教育に

ついても問題がある」との発言があった。

26. 公害被害者と被害者救済の法体制（青山英康，太田武夫，柳楽 翼，五島正規 岡大・医・衛生）

公害関係諸法—公害対策基本法，公害健康被害補償法，公害罪処罰法，公害紛争処理法—が制定あるいは改正されてゆく過程において，行政と加害企業，学識経験者と呼ばれる「権威ある学者」が三位一体となって被害者を切り捨て，その救済をサボタージュする態勢がつけられていった。

現行公害被害者補償制度における被害者切り捨ての機構を5つの段階に分けて検討した。

①被害者把握の機構：公害基本法に規定されている公害の概念において「被害が生ずる」ことが構成要件となっているため，常に実態としての「被害発生」と行政的な「被害発生」との間に経時的にもギャップを生じる。行政の責務は，事前調査や初期疫学調査による被害またはそのおそれの早急な把握であるが，これが行なわれないうちに被害者名簿が不備にされまたは放置される。

② 行政検診の検討：行政検診の特徴は健康被害の実態を公害源との関連で評価するためのものではなく，被害実態を臨床症状の有無によって判断しようとするものであるために，慢性暴露や潜在性の障害の切り捨てにのみ有効な手段となる。受診機会も制限される。

③ 地域指定（第2条）の意味：地域の指定は必ずしもその地域の現在・過去の住民が被害者であることを意味しない。また，この地域において被害者の福祉に必要な事業が実施されているとはいえず，結局法的に地域指定は非指定地域の公害被害者の存在否定のみに役立つ。

④ 疾病指定と認定審査会：水俣病における有機水銀中毒ハンターラッセル症候群の如く，疾病指定・症状指定もまた被害者を切り捨てる。しかも併発疾患の存在はすべて非認定の理由に利用される。認定作業の遅れにともなう被害者の加令は，これまた切り捨てに利用される。

⑤ 認定却下と加害企業の免責：非認定患者に対しては加害企業は一切の被害者救済のための責任が免除されることになる。

つぎに公害被害の私法的救済に関連して，未認定患者はもちろん認定患者も民事裁判によって補償請求を行なう権利がある。しかし，これまでの判例は，勝利したものでさえ十分な救済はなされていない。この際，将来にわたる健康被害を的確に予測することが医学に要請されているが，これに対する医学からの確立された論理はまだ見出しえない。

この報告は，午前中の最終演題であり，かつ公害に関する「法と健康」の総括的な問題提起をも含んでいたのので，午前中の演題の総括的討議に進展した。この報告で出された「地域指定」の問題については，土呂久鉦害の被害者から「地域指定」は必要である，水俣病患者からは認定制度に対する拒絶抗議が必要である，との発言があった。これに対し，報告者からは，被害者を救済しようとするところ（行政）の土俵に上らなければならない，学会での論議が必要であるが，これがなされていないとの答えがあった。

ついで「診断と認定」の問題を中心に討議が進んだ。主要な発言をつぎに示す。「典型的な症状が出てくるのは教科書の中だけで，実際の例は非典型的なものが多い。また随伴症状をともなった疾病概念を確立せねばならない。医師としては，制度上のわくを広げる努力，患者の困っていることに学問を近づける努力をすることが必要で，このような問題について学会での討論が必要である」（名大・山田）。「ヒ素ミルク中毒事件では，飲用者全部が認定された。健康権についての認識の差が問題で，考え方の点検が必要である」（岡大・青山）。「認定とは何だっただろうか。加害者に責任をとらせるという点で大きな意味を持っている。つぎに重要なのは何か。認定されても治療がめっちゃくちゃでは何にもならない。具体的な問題として考えても，普通やっている当たり前の診察・治療がなぜできないのか。それとともに医師の世界の風通しをよくすることも考える必要がある」（熊大・原田）。

この間，土呂久公害被害者の会の代表から，被害の実態と被害者の気持を認識してその暮らしに希望を持たせる努力をしているとの活動報告もあり，活発な発言が続いた。しかし，予定時間も超過したため，つぎのような司会者（東田）の言葉で，一応の結びとした。「被害者の苦痛・訴えを受けとめる態勢の弱さを改めることが重要である。法あるいは行政は，総資本の立場から加害個別資本の負担を分散，緩和し，被害労働者，被害住民の要求にこたえるみせかけをつくる役割をしている。このしからみをどう打ち破ってゆくか，具体的な問題を，研究者だけでなく被害者とともに，専門家集団と開業医・福祉関係者が共同して究明することが大切であろう。」

以上の討論は，午後の総括討論の中でさらに深められたが，その内容は別項のごとくである。司会者としての全体的な印象をつぎに記すこととする。

まとめにかえて

近年の化学産業の発展は，多種・多量の化学物質を職

場・家庭に濫及させ、これにともなって職業性中毒ならびに環境汚染、食品汚染による健康障害を多発させている。このような実態とその問題点に関しては、職業病と公害病については野村¹⁾、職業性中毒については山田²⁾、原³⁾の論文のごとく、本会会員による社会医学的観点に立った報告がすでに見出される。今回はとくに、この化学物質による健康障害の防止と補償についての法規制は十分であるか、不十分であればその問題点と改善策を明らかにすることが、この研究会の課題であった。自由に（自発的に）提出された演題のうち、共通的なものをまとめて会場を設定したのであるから、必要な問題点がすべて網羅されたものではもちろんない。しかし、労働環境・生活環境・食品の化学物質による汚染という広範な健康問題が、診断・認定・補償・予防の面から検討された。

① 労働環境に関して：下請労働者の職業性中毒に関して、演題は外注下請けでは親企業に対する法的規制は全くなく、構内下請でもきわめて不十分なことが実例で示された。また、家内労働においては、委託者の安全衛生義務がきわめて不十分であるだけでなく、実質的には労基法上の労働者と差異がないのに、災害補償義務が法的に全くなく、とくに問題の深刻なことが示された。なお、この報告の中では、法的規制がごく少数物質に限定されていることが出されたが、このことは下請労働者に限らず、全労働者に共通の法的不備であり、この点からも労安法の見直しの必要性を痛感した。

ついで、演題 18 では、クロム肺がんの予防と補償に関する法的不備が示された。「六価クロムの恐怖」がマスコミで大きく取り上げられたのはこの報告後約 10 日のちであり、今さらながらマスコミの影響の大きさを痛感させられた。しかし、このクロム禍が社会問題化した発端は労働衛生問題ではなく、公害問題であったことは、今後十分に検討すべき点であろう。

（なお、本研究会の約 10 日前に開催された第 48 回日本産業衛生学会の「職業癌の疫学」のシンポジウムにおいて、渡部らによる具体的事実にもとづく、クロム問題の指摘があった。）

労働衛生問題に関する第 3 の問題として、職業性中毒の診断と認定が検討された。この問題は、後に報告された公害病・油症の問題とも共通する面が多いので、後にふれることとする。

なお、労働衛生における法的不備について演題 19 で、歴史的ならびに法制度・医学原則面からの検討が示

された。

② 食品衛生に関して：つぎに、油症問題に関連して演題 23 では、発生以来 7 年を経過した今日の油症を全く新しい疾病としてダイナミックにとらえることの重要性が強調された。同様の趣旨は、演題でも疫学的追究の重要性とともにふれられていたし、総括的な討論の中でも発言された。

油症の加害責任・補償責任が法的には追及されず、民事訴訟によってようやく追及されることが演題で報告された。カネミ油症以後にもニッコー油事件が発生しており、食品衛生法上の規制についても、さらに深い検討が必要である。

このような有機合成薬品の毒性の事前調査による安全性の確認の重要性は、この報告の中でも演題の中でも強調された。このことは食品衛生に限らず、労働衛生上でも、生活環境汚染や公害防止の上でも必要不可欠のことであり、その法的義務づけと、合理的な事前調査の実施体制の確立が急務である。

③ 公害に関して：つぎに、公害あるいは生活環境汚染に関する問題であるが、前記化学薬品の毒性の事前調査に対比される問題として、工業基地開発に際しての事前評価が演題 21 で報告された。環境アセスメントは、目下立法化が急がれているものであり、ここに報告された問題点は、今後の立法化の資料として十分検討されるべきである。

公害被害者の救済の法体制については演題で、行政との関連で検討され、問題点が示された。さらに討論の中で対策についての若干の提案がなされた。

④ 職業病の「診断」と「認定」について：ここで数題の演題で取り上げられた「診断」と「認定」の問題について記してみたい。まずはじめに「診断」と「認定」の違いであるが、第 1 に診断は医学的判断、認定は行政的判断という違いがある。両者の関係は、疾病に関する認定の場合には、当然医学的判断が前提として必要である。第 2 の違いとして、診断には「疑い」という判断（多くは病因に関して）が通常認められているが、現在の「認定」には肯定・否定の二者択一しかない。そこで医学的判断では「疑い」というケースを、行政上どのように取り扱うかが大きな問題となる。

第 2 に、診断上「疑い」のケースを、認定上どのように取り扱うかの問題である。

このようなケースは疑わしきは補償するという労働者保護の立場に立つならば、当然業務上疾病と認定されるべきものである。例えば、労働省当局でもこの立場に立ち、つぎのように述べている⁴⁾。「慢性中毒症等の場合

1) 野村 茂：科学，41：138（1971）

2) 山田信也：いのち，5（7）：2（1971）

3) 原 一郎：科学，42：544（1972）

は、あらかじめその種類を規定しておき、一定の職業に従事する労働者に当該種類の職業性疾患が発生したならば、一応業務との因果関係を推定し、当該疾病を発生せしめるに足る作業内容、作業環境条件等が認められれば、反証のない限り、業務上として取り扱うことが、労働者保護の見地からも望ましい」(労働省労災補償部)。

労働省は一方では、このような見解を示しながらも、無過失責任であることを理由として、具体的な認定の段階では、「その疾病に対する医師の明確な診断」を必要としている。そして、患者の業務内容、従事期間、発病前の身体的状況、発病後の経過、同僚の健康状況などの検討とともに、「当該中毒症等の職業性疾患に特有な、もしくは医学経験則上通常起こりうると認められている臨床所見の有無」の調査を求めている。このような「明確な診断」の要求は、さきの原則とは逆に「疑わしきは補償しない」という現実を招いている。

職業性疾患に関する医学的経験は、わが国ではきわめて浅く、とくに従前とは異なる有害物ばく露条件—低濃度期、混合ばく露、過去高濃度ばく露、新しい化学物質—によるばく露など—は、新しい中毒病像を生み出している。また労働者の高齢化、成人病・合併症とのからみあいは、病像を複雑多彩なものとしている。沖中博士の「目前に悩む患者の中に明日の医学の教科書の中身がある」というのは、まさに職業病診断に当たる者の実感でもあろう。したがって、現状では個々の事例について、内外の文献をも活用したできる限りの医学的実証を行ない、一方では業務上の疑いを否定できない限り、「疑わしきは補償する」原則に立った認定を要求すべきである。

なお、労働省では「業務上疾病の認定基準」についての通牒を十数種の疾病について出しているが、これはあくまで監督署でのフリーパス基準として出された労働省内部の事務文書にしかすぎず、この基準により難い事例については本省に伺うことになっている。ところが、しばしばこれが認定の必要条件と誤解され、あるいは医師が診断基準と誤解するために、一層混乱を大きくしていることも少なくない。この点ならびに「疑わしきは補償する」という原則を、十分に医師・医学生にも教育することが大切なことであろう。

他方、経験例の集約・検討によって、その症候学・診断学を確立してゆくことも、今日の医療機関においては職業性中毒がしばしば見逃されていることとも関連して、忘れてはならない重要な課題である。

職業病診断の特質を、かつて梶原はつぎのように述べている。「職業性疾患では作因は独特であるが、症状は一般的なものである。(中略)いかに症状をこまかく調べても職業性疾患は発見(診断)することはできない。作因を追究することが、職業性疾患をつかまえることになる。」⁴⁾

すなわち、職業性中毒の場合は、「新しい病原体」と呼ばれる化学的病因の検査、さらに、職業性中毒の診断に必要なこの化学的病因が業務の過程で(公害病であれば生活の場で)、その患者に作用したことの立証が必要であり、このような化学的ならびに社会的病因を追究しうる医療機関の態勢の確立が急務となる。この際、おそらくは公的技術サービスの支援が必要であらうし、患者である労働者の協力が不可欠である。なぜなら労働者こそ著しく変化する今日の労働現場の実態を最もよく知っており、いわば共同研究者の役割を演ずるからである。

(原 一郎)

むすびにかえて

要望課題「法と健康」に関するいくつかの報告は、労働階級の安全と健康は現行の法体系とその運用によって守られていないし、労働者の健康被害は「迅速且つ公正な保護をするため」の災害補償を受けていない事実を指摘した。

また、有害食品による消費者の健康被害、あるいは企業活動による地域住民の健康被害の発生は、食品衛生法あるいは公害対策関係法などその運用によって防ぐことができなかつただけでなく、これらの健康被害者の救済と補償はたなあげされ、被害者の求償と人権とりもどしにたいする要求は拒否され、切り捨てられていることが報告された。

「法とは何か」戒能通孝氏はいう、「それは社会が自己統一を保持し、分裂もしくは崩壊を避けるため、その内部に発生する紛争を解決する手段として、公然と力を行使するときの基準である」、「法的前提はかくして紛争である」(戒能通孝「法律入門」より)。そして「法の内容は相次ぐ支配階級の利害である」(ブルックス・アダムス)。

下請あるいは家内労働者に労働災害・職業病が頻発し、しかも被害者がその災害補償も受けられないということに関連して、思い起こしたいことは、労働安全衛生法の制定においてみられたその「本質」である。労働者の参加を抜きにした準備工作を経て制定されたこの法は、「経済成長政策」下において、重大災害と新しい職業病が相ついで発生し、これに加えて、企業公害が全国

4) 労働省労災補償部編：労災補償業務上外認定の理論と実際、労働法協会(1961)

5) 梶原三郎：自然、11(6)：39(1956)

的に拡大し、各地で住民の告発がはげしくなるに及んで、「総資本」の立場から、「個別資本」にいくらかの規制を加え、一部に「技術的修正」を施すことにより、労働階級と住民の抗議に対応し、保守・独占体制の「自己統一を保持し、分裂もしくは崩壊をさけるため」のものであったといえよう。現代「合理化」を支えている下請労働者の「温存」を前提とした同法の制定は必然であった（「いのち」, 6(4)1972）。

また、「労働者災害補償法」の「疑わしい」健康被害を補償する「立前」は、行政当局の「運用」においてたな上げされ、むしろ被災労働の現実と被災労働者の訴えを無視した「にせ科学主義」の「認定」作業によって、すりかえられてきたといえよう。

有害食品・薬害・公害による健康被害者を補償、救済し、その人権を取りもどすことは、加害者としての企業および行政が負うべき「贖罪責任」として当然であるが、加えて、国と自治体には、国民の生存権・生活権を守るべき行政責任として果たすべきものがあるはずである。しかし現実には、被害者救済・復権はたな上げされており、被害者らはやむなく「民事訴訟」による「法廷闘争」によって閉ざされた道を打開せざるをえない。現に、いくつかの公害訴訟の勝利が公害被害者救済・復権にたいする「無法状態」を打開してきたが、肝心の被害者救済・復権の成果はきわめて困難な情勢にある。

「八木訴訟」もまた、家内労働者の労災補償のみなら

ず、その健康被害の防止にたいする「無法状態」を打開させる契機となるものとして注目したい。

ここにおいて、もっとも基本的な課題は、労働者・消費者・住民の「健康」を守るはずの「法」とその「運用」について、「紛争」の当事者である被害労働者、被害住民の主体的参加そのものを拒んでいる体制的矛盾をいかにして打破するか、ということであろう。

この基本的な問題を見逃し、あるいはたな上げし、現行「法」とその「運用」の枠の中での「技術主義」的対応のみによっては、その成果に限界があるだけでなく、基本的な問題点を見逃すことになりかねない。

「法的進化の過程は諸利益間の闘争の成果である。また、その闘争に勝つための武器は、理論とか演繹とかの手段ではなくて、人民の行動ならびに意思力である」（ルドルフ・フォン・イェーリンク）。

われわれ医学・医療にたずさわるものは、国民の健康を守るべき「法的進化」のために、いかなる役割を果たすべきか。私どもは、いくつかの体験から、その解答は、健康被害者、被害労働者、被害住民とともに、健康被害の防止と被害者救済・復権について考え、ともに実践することによって、はじめて得られるであろうという教訓を得ているのである。（東田敏夫）

（演題 20 は、演者の都合により口演されなかった。）

医学書院発行雑誌一覧

	1部 定価	配送 料	年ぎめ予 約購読料		1部 定価	配送 料	年ぎめ予 約購読料
生体の科学…(隔月刊)…	1,250	70	6,450	理学療法と作業療法…(月刊)…	750	30	7,920
公衆衛生…(月刊)…	1,200	30	12,420	リハビリテーション医学…(季刊)…	750	30	2,700
臨床検査…(年13回)…	600	50	7,490	総合リハビリテーション…(月刊)…	950	30	9,960
検査と技術…(月刊)…	300	30	3,240	臨床婦人科産科…(月刊)…	1,300	40	13,440
病院…(月刊)…	1,200	50	12,960	臨床眼科…(月刊)…	1,300	40	13,440
内科雑誌 medicina…(月刊)…	900	50	9,720	耳鼻咽喉科…(月刊)…	1,300	40	13,440
小児医学…(隔月刊)…	2,900	120	15,660	臨床皮膚科…(月刊)…	1,350	40	14,400
胃と腸…(月刊)…	1,350	50	13,800	臨床泌尿器科…(月刊)…	1,300	40	13,440
呼吸と循環…(月刊)…	1,200	30	12,420	Japanese Journal of Microbiology ……(隔月刊)…			15,000
臨床外科…(月刊)…	1,200	50	12,420	看護学雑誌…(月刊)…	500	40	5,160
臨床整形外科…(月刊)…	1,200	40	12,420	看護教室…(月刊)…	350	30	3,840
精神医学…(月刊)…	1,000	40	10,320	看護教育…(月刊)…	600	30	6,240
脳と神経…(月刊)…	1,250	40	12,900	看護研究…(季刊)…	700	65	2,420
脳神経外科…(月刊)…	1,150	30	11,880	保健婦雑誌…(月刊)…	450	30	4,680
神経研究の進歩…(隔月刊)…	2,800	110	14,700	助産婦雑誌…(月刊)…	450	30	4,680
精神医学…(隔月刊)…	800	30	4,320	ナースステーション…(季刊)…	780	85	2,680

ただし特別定価の特別号の料金は別に頂戴いたします。年ぎめ予約購読の方への送料は弊社負担とします。 76-1~3-TI

定価は 1976 年 1 月からのものです

健康の権利と公共の利益

＜司会＞ 吉田克己 三重大学医学部公衆衛生学教室

1. はじめに

第16回社会医学研究会が熊本で開催されるに当たって、世話人の野村茂教授（熊本大学医学部公衆衛生）は、研究会の主題として『法と健康』という課題を設定された。このことは、本年度の研究会総会の開催案内や総会に当たっての野村教授のあいさつにもみられたように、この点が社会医学研究における今日的な大きな課題であることを示している。それは、「たとえば、各種の公害訴訟や医事法制への関心の高まり、『刑法改正』をめぐる世論の高まり、予防接種のあり方などの衛生行政と関連法規をめぐる再検討の動きなど、法律（ないしは法学）から健康の視点への接近が具体的な形で活発に行なわれつつある。社会科学との協力を積極的に追求する社会医学研究会にとって、このテーマはきわめて今日的な課題と考えられる」（研究会総会開催案内より）ということや、

「本会はその発足当初より社会医学の研究には社会科学の方法論や成果をとり入れる必要があり、研究会にも社会科学者の参加を得るように努めるべきだとの考えをもって今日に至っている。今回の主題では、国民の健康を守るべくつくられた法律が、その機能を果しているか、あるいは、人の健康が法律ではどのように守られているか、というような問題が取り上げられるとともに、“Birth Right of Health” などという語を漠然とはなく、キチンとした形で考えてみようということもあって、社会科学領域とくに法学からの発言をも得て勉強することとした。生物学的存在であると共に社会的存在でもある人間の健康と疾病の問題が自然科学的方法と社会科学的方法の両側面から実証的に追究されるべきことは当然であろう」（野村世話人あいさつより）という主旨から企画されたものであると言えよう。

このような今回の研究会全体の主旨からして、そのメ

イン・シンポジウムのテーマとして、『健康の権利と公共の福祉』ということがかけられ、そのとりまとめと司会が筆者に一任された次第であった。

今回のこの『法と健康』という課題が提唱された時、筆者は極めて今日的で適切な考えとして大いに今回の研究会に期待したのであったが、突然にこの中心的なシンポジウムのとりまとめを自分に要求された時には大いに困却したのが実際であった。実際にこのシンポジウムを運営して、十分ではなかったことを今痛切に感じている次第であるが、しかしこのような討議は今後もくり返されてしかるべき重要な課題であり、今後の理論的な発展、医学者と法学者との間の今後の協力のための最初の一里塚であると考え、その今後に期待している次第である。

今回のシンポジウムを考えるに当たって、筆者はこの分野での立派な活躍をみせておられる西博士（公衆衛生院）、朝倉教授（阪大医学部）らのご意見を聞き、全体の問題点を次のようにとらえ、整理してみた。すなわち、

「最近『健康権』という言葉が広く提唱されるようになってきている。このことは、人は当然自らの健康を守る権利があるという自明のことがらを示しているとも言えようが、同時にこのことが、社会の現実の場においては、一方において『公共の利益』ないしは『公共の福祉』なる概念と競合対立的にとらえられ、『健康の権利』が現実には侵害されている状況が多く存在していることを示している。この点に注目して、『健康権』をめぐる今日の問題点を、医学者・法律家の両側から明らかにしたいと考えた。即ち、

1) 基本的な問題点として、『健康権』というものは、単なるスローガンとしてしか理解されないものであってはならないのであって、それは十分な法的根拠をもち、その上で一定の実体を備えた法的権利として機能し

得るものであることが必要である。この面をキチンとさせ、同時に、わが国の過去、現在にしばしばみられてきた『公共の福祉』との対立闘争というものがあるという面についても十分な意識をもち、問題点を明らかにすべきではないだろうか。

2) より具体的な観点から考えた時に、例えば、大阪空港問題、新幹線問題などのように、表面的、現象的には正に『健康』と『公共の福祉』とが正面から対立競合的にからんであると考えられる問題をどう考えるか。

3) 前述の問題はある意味では『環境権』にもからんだ問題であるが、より直接的に医学的な問題として、種痘に代表されるようなワクチンの強制接種による健康被害と、公共の福祉としてこれを強制している予防接種法との問題点、又、この予防接種法のバックグラウンドとなっている『社会防衛論』との関係を、どう考えて行くか。

4) 更に、健康の権利を考えた時に、上述のような、ある意味で消極的な面、逆に言えばギリギリの人間の生存権から出て来ている健康権の概念に対して、より積極的な、人間の社会的権利の側から健康の権利を積極的にとらえた時に当然出て来るべき社会保障制度などに関連する『健康の向上保持』のために必要な措置の問題が存在している。『社会防衛論』的な考え——それは、公共の福祉に一定の効果が期待できないときには、必ずしも積極的に個人の『健康の向上』のための必要な措置はとらなかったという側面をもっている——の中で、他人への伝染性がないとして予防接種の中に長く破傷風が放置されてきたこと、医療保障制度の整備についてはその公的責任の概念が必ずしも強く生かされていないで、相互扶助的な概念が強いことなどが検討される必要がある。(吉田：企画案より)

このような考えのもとに、西三郎博士(公衆衛生院)、沢井裕教授(関西大民法)、久保井一匡弁護士(大阪空港弁護団)、朝倉新太郎教授(阪大公衆衛生)の諸氏にその検討と出演をお願いした。ただ、この中で沢井教授には、最も今日的な問題でもある予防接種禍の問題をとらえ、多くの海外の資料をも調査され、これに薬害、食品添加物、環境問題などをも含めて資料準備をして頂いたのであるが、残念なことに急病のため出席が不可能となり、急きょ、宇都木伸先生(都立大法学部卒、医科歯科大法医学教室、本会会員)をお願いした。宇都木先生は、後に述べるように、『公共の福祉(利益)』と『健康権』をめぐる法学的な基礎概念について周到な整理と解説を提供され、基本的な理解に非常に役立つのは望外の幸いであった。

2. 「健康権」をめぐる一問題の提起—(西三郎)

シンポジウムは、7月26日(土)の午後1時より熊本福祉会館で行なわれた。

まず筆者は、「司会のことば」として次のことを述べた。

このシンポジウムの主旨は、研究会総会の抄録集に述べた通りであるが、大きく分け2つの問題点を考えた。それは、1つは『生存権の1つとしての健康権』の問題であり、これが、個人のもつ基本的な権利であることは明らかであるが、しかし一方においては日本の歴史の中で『公共の福祉』という概念が認められてきたことも明らかであり、ここには、われわれの過去の歴史の中でとられてきた『富国強兵』という形の中で個人の権利と国家目的とが衝突し、個人の健康権が十分に機能しなかった明治以来の歴史があったこと、そのために、新しい時代の中でいろいろな形でこの問題が問い直される必要がある。例えば、大阪空港や新幹線問題も新しい概念で考えるべきであり、種痘の強制接種なども明治時代とは基本的に状況を異にしており、急速に措置すべき点をかかえている問題である。

また、第2の問題点として、いわば、『社会権としての健康権』というべきものがあり、今日では、個人の健康の発展や福祉の問題は、社会的な組織化の中で始めて十分に機能しうるものである。この点では、健康権は、社会保障、社会福祉などの国家行政や政策の中に深くからみ合っており、この点の不十分さの問題を健康権の側から追究して行く必要がある。

これらの2つの問題点は、医師・医学者だけで解決できる問題ではなく、多くの社会的要因のもとにある問題であり、これらに積極的に働きかけていく必要がある。これには法学者その他の社会科学者との協同作業が必要であることを述べ、各演者の紹介とその意見発表に入った。

まず西スピーカーは、『健康権』の概念を追求してきた立場から、自分は医事法学会の中で法律関係の人々との討議を行ない、健康権の概念を考えてきた。ここでは、共同研究者である下山教授(都立大)の考えに基づき、健康権を考えてみたいと述べ、

健康権はまず第1に人間の自由権に基づいている。社会制度的に人権の歴史を考えた時に、「ヴァージニア権利宣言」(1776)、「アメリカ独立宣言」(1776)、フランス「人権宣言」(1789)などにみられる自由権の規定がその中心的なものであり、健康権の主張もこれらの中にその基礎を求めることができる。このことは、現行のわが

国憲法においても当然いいうる点である。

また、一方において、産業革命、資本主義の発展の中で、『社会権』の概念が発展してきた。このことは、「ロシア革命」およびドイツの「ワイマール憲法」においてははっきりした形で主張、規定されている。これを受けて、ファシズムとの闘いの中から第二次大戦の終了後新たに生まれた国連の第3回総会において「世界人権宣言」(1948)が採択され、またわが国憲法の第25条に社会権の概念を含んだ形で一種の健康の権利という考え方が登場してきた。

しかしながら、ここで問題となるのは、この規定が健康に関する一種のプログラム規定として解釈され、実体としての国民の利益や権利行使の基盤的な力とはなっていないことである。つまり、社会権としての健康権はなお実体的な権利としては確立されるにはいたっていないということである。

しかしながら、このような健康権確立への歩みが、資本主義国家においても着実に進みつつあることも事実である。アメリカにおいても1960年代の終わり頃より健康権の主張が広く提唱されるようになり、特に米国憲法の修正第9条にいわゆる『蔭の規定』といわれるものがある。この「この憲法に特定の権利を列挙したことは、人民の保有するその他の権利を否定し、又は軽視するものと解釈してはならない」という条項を基盤として、健康権は否定されるのではなく、人民に健康の権利があることが盛んに強調されるようになり、社会権としての健康権についての実体化の1つの波がみられるようになった。例えば、1960年代に、ベトナム戦争の問題とともに、いわゆる『貧困戦争』、すなわち国内での貧困対策の遂行が強調され、1965年に、米国最初の強制医療保険Medi-careが生まれた。これは米国にとっては1つの転換期でもあったし、また、このことが医療の施設整備、医学教育の改革などを通じて、広く医療のMan powerの整備を進め、人と施設の強化が進んだことは、実体的な動きとしてとらえることができよう。

健康権をとりまく今日的な問題は、健康権を個別的な権利としてこの実現を国に要求し、実体化を押し進めることにある。そのためには、①健康権についての法概念を確立すること、②社会構造との関連における健康破壊の分析・追究を行ない、健康権の実体の確立への運動を強めることにあるのではないだろうか。

西スピーカーは、健康権について大要以上のような意見を述べ、最後に健康権の特色についての唄教授のまとめを紹介し、『公衆衛生』が、歴史的には『医療』とは異なって社会防衛の装置として出発してきた歴史があ

り、したがって、今後の公衆衛生の中で、健康権の考え方のもとで両者が統合的に考えられることが必要であり、この実体化が中心的な課題である、とした。

3. 健康権と公共の利益—法学の立場から—

(宇都木 伸)

次いで宇都木スピーカーは、『健康権と公共の利益』として、主として法学的な基本的概念について解説的に述べたあと、基本的人権の中でどこに健康権を位置づけていくかについて論及した。

まず、個人の自由権、生存権、財産権などの基本的人権とのかかわりの中で問題となってくるところの『公共の福祉』概念についてふれた。

わが国憲法の中で、公共の福祉についてはその12条、13条、22条、29条において言及されており、その中で、22条(住居の自由)、29条(財産権)においては、個別的な権利に対する公共の福祉の側からの制約にふれている。

この『公共の福祉』については、従来3つの説があった。

A: 『公共の福祉』は、個別的な基本権と別に超越的に存在しているもので、いわば『おおよけ』という強い独立概念である。これは共同体の概念の中から生まれたナチスの『公益は私益に優先する』という考えに流れるものであり、今日では通説とはなりえないものである。

B: 通説的に理解されているものであり、個人の尊厳は基本的な原理であって、何びともこれを侵すことはできないものであり、これに対抗できる価値は他には存在はできない。しかしながら、この基本的人権の主張は、いろいろな状況の中では互いにおつかり合う面が当然生まれてくるわけであって、これを調整することが必要である。公共の福祉の考え方はそのための『調整原理』として、基本的人権の中に内在的な制約として存在しているものである。したがって、これは基本的人権を守るために機能するもので、これを対立しうるものとして考えるべきものではない。

C: 公共の福祉は、勤労人民大衆の利益のためにあるとするものであるが、基本的にはB説の変形としてとらえることができるので特にふれない。

ここでは、したがってB説に沿って議論を進めることとし、この考えに従えば、『公共の福祉』には次の2つの意味が指摘される。すなわち、

① 公共の福祉は、明らかに『アンチ・全体主義』で

あって、ファシズムのように超越的な原理ではない。

② 公共の福祉は、『反エゴイズム』という性格をもっている。

したがって、われわれはこの B 説で考えた時には 2 つの注意点が必要である。

1 つは、限界的な状況での解釈が重要であることと、もう 1 つは、これを放置した時には『力が勝つ』ということが横行しないかという点である。

したがって、『公共の福祉』は『全ての個人のもつ基本的人権相互間での矛盾・衝突を調整する原理である』ということであって、この点では、まず個人の尊厳が至上的な原理として存在し、公共の福祉はその円滑な実現のための一種の調整原理であるということである。健康権とのかね合いにおいてもこの立場から考えられる必要がある。

スピーカーは公共の福祉について以上のように述べたのち、『健康権』の問題にふれ、以下のように討議した。

健康権は、当然基本的人権の体系の 1 つであるが、そこにどのように位置づけ、また国家をそこでどのように考えていくかということが問題と考えられよう。

1 つは、古典的自由主義経済のもとでこれを自然権的な基本権としてとらえ、国家はこれに関与せず、必要最少限なこと、例えば泥棒をつかまえるというような消極的な機能（『夜警国家』）のみを負えばよいという考え。

1 つは、これとは逆に、健康の問題を社会権的基本権としてとらえる。この時には国家は大きな意味をもち、積極的な国家として生存権の実体的な確保に当たる必要がある、一種の『給付国家』としての意味をもってくる。

このように、健康権は 1 つの社会的権利の性格をもっているが、これは例えばワイマール憲法の考えの中で生まれてきたように、新しい伝統のない権利であって、その不断の具体化に努力することによってはじめて支えられるという面があることに注目する必要がある。今日、憲法上に各種の生存権が規定されているが、これがプログラム規定、すなわち、国家の政策を意義づけるものではあるがそれが直には個人の個別的な権利ではないということになるのではなく、これを positive な right としていくための claim（要求）というものが必要である。この点では、claim が just（もっともなものだ）ということから legal なものになってしまうことが必要な問題であることが指摘された。

4. 健康権と公共の利益—現実の立場から—

（久保井一匡）

次いで、司会者から、今日提起されている直接的具体的な問題の代表的なものとして大阪空港問題がとりあげられたことを述べ、この空港訴訟を直接的に担当しておられる久保井弁護士がスピーカーとして紹介された。

同弁護士は、大阪空港裁判が何を問題としているかを具体的に述べたいとして、まず従来の公害裁判の歴史・成果について述べた。

四大公害裁判は、公害被害者の救済に従来想像できなかったような画期的な働きをなした。特にこの問題をめぐる法律学上の理論的な面については、大きな画期的進歩がみられた。それは 1 つには、吉田教授によって進められた公害の因果関係論をめぐる法理論、『疫学的因果論』の確立であり、さらには過失論・損害論の前進である。これらの理論的進歩は公害被害者の救済に全く画期的エポック・メイキングのものであったが、その後の状況の変化の中で、これらの進歩発展のみでは解決できない点も生まれてきた。それが空港、新幹線、道路などの公共的事業にかかわるものである。

この問題は、基本的な要素として、必ずしも従来の公害問題にみられたような悲惨な状況ではないが、広範な広がりのある被害の問題であるということである。この点から、ある程度はガマンをなささいという形で問題が起こっているということがある。このことが従来の公害被害の問題と大きく異なっている点である。

空港の騒音被害の問題は、個々の病気という形では確かにとらえ難い面がある。しかし、広く広範に事実として日常的に被害が存在していることは明らかなことでもある。ここでまず問題となる点は、『健康』ということの考え方である。すなわち、従来は『健康とは具体的な病気にかかっていないことである』という考えに暗黙のうちにとらわれてきたということである。この点では、『健康の権利』の主張に当たっては正しい『健康概念』の確立とそれに基づく主張が必要であり、WHO の健康の定義、『好ましい状態 (well-being) にある』ということをめざすべきである。

われわれは、この訴訟の中で、特に『健康権』としては主張しなかったが、健康の権利は人格権の中で重要な私権として保証されるべきだと考えている。

第 2 の重要な点として、少数人の権利が多数人の利益に負けてしまうということがある。訴訟の原告として出ている少数の人の権利が確かにある程度侵されているとしても、空港を利用している多数人の利益が一方に存在しているという、ある意味で公共の利益というものが大

きな力をもってくるといふ現状がある。この点をカバーするために、われわれは集団的な権利として『環境権』というものを主張している。これは、侵害されているのが、この訴訟を訴えている原告だけでなく、空港周辺の広い地域に住む『多数の人によって共有されている地域的な環境』であり、多人数の共有している環境権が侵害されているということである。問題は、その『保護』である。

法律上、相互受認という考え方がある。これは、被害が一定の限度をこえる時にはじめて権利が主張できる、それまでは多少のことは社会の中でお互いがまますべきであるということである。この点で地域住民と空港は平和的に共存せよということであるが、ここには住民の健康の権利と国民全体の便益と称されるものとの基本的な対立がある。

判決は、被害については、具体的な疾病、すなわち難聴はとりあげる考えを示したが、WHO の健康観、well-being は1つの理想を示したものとしか受けとられなかった。したがって、基本的には空港による生活妨害の事実は認められたが、健康被害は考慮されず、環境権も認められなかった。判決は、生活妨害による損害賠償は認められたが、差止めについてはこれを認めない結果となった。

この訴訟は、現在（昭 50.7）控訴されているが、この訴訟に勝つためには広い社会的支持が必要であるとわれわれは考えている。

控訴後における主な問題点は、国側の主張としては、原告の訴えるいろいろな症状は騒音に基づくという厳密な立証がない、WHO のいう健康の内容は厳密さに欠け法の保護すべき具体的な対象とはならない、騒音がストレスラーであるという考えは認めるとしても、それによる被害についての科学的立証を欠く時は差止めの根拠にはならない、というようなことが述べられており、また、公共性については、空港、道路、新幹線などのような交通機関は国民生活にとって不可欠の手段であって、その公共性は明白であり、したがって、全体として明白な公共性と明瞭でない被害というべきであるとしている点にある。

これに対して住民側は、公共性そのものの問題点を指摘し、例えば、現在空港利用者の70%はパックの形でセット化された観光団体客であって、いわば商業的につくり出された需要であり、公共性としては大きな問題がある、また、健康被害として最も問題なのはその被害の広がりであって、一定の地域全体の環境を破壊しており、地域に共有される環境権の侵害であると主張している。

ここで特に社医研の研究者にお願いしたいのは、第1

にこのような公共的事業による騒音・振動による健康障害の問題は今後急速に増加するであろうということであり、第2には、ここで問題になるのは、このよういわば不定愁訴的な形の問題をどのようにとらえていくかという点で、はっきりした科学的な被害の立証をせよという主張をどのように考え、対処していくかということである。（控訴審の判決は昭 50.11.27 出された。注参照）

空港、道路などの騒音振動などの問題は、日常の居住環境の破壊であり、この居住環境は人の健康に不可欠のものであることは明白であり、WHO のいう well-being の実現の不可欠の前提でもある。しかしながら、この well-being ということが、身体的、精神的に具体的にはどんな条件・状況をいっているのかが明らかにされていくことが重要であり、それがなければ WHO の健康の定義は単なる1つのプログラム化された規定にとどまり、実体化された健康の権利にはならず、単なる概念規定に終わってしまうということを考える必要がある。

久保井氏は大要以上のようにその考えを述べ、朝倉教授の発言に移った。

5. 公衆衛生行政とのかかわり—回顧と将来—

（朝倉新太郎）

朝倉教授は、「公衆衛生行政とのかかわり—回顧と将来—」と題して、国民の健康を守るための衛生行政上の問題点について、戦前・戦後の歴史的な回顧と将来の展望について論じた。すなわち、

基本的な点で、制度的にも本質的にも戦前の衛生行政は警察行政であり、その基本的な考え方は『社会防衛論』であった。第二次大戦後、この警察行政の考え方は一変され、衛生行政は保健所行政のワク組みの中で民主化されたが、この中ですべての問題点が解決されたか否かが大きな今日の関心事でもある。

このことについては、2つの見方がある。すなわち、

①基本的には戦前とは変わっていない

②そういう見方は物事を単純化しており、必ずしも正しくない

ということになる。この点について考えてみると、①についていえば、精神衛生法における『保安処分』の動きなどは、まさに戦前における個々人の権よりも『公益』という概念に強く優先された社会防衛論そのものであるといえるし、また、最近における『福祉の見なおし』論や、高福祉・高負担の言葉の中にひそむ可能性のある福祉の自己負担化ないしは福祉の切り捨てなどの問題もこの1つの点であろう。

しかしながら、一方において、②にみられるように、

個人の健康の権利を明確に認めることによって、それに必要な初歩的な処置を整備していくという動きがいくつか始まり、実現化しつつあることも戦後の1つの大きな特徴であるともいえるわけである。これが今後どのように推移して行くかが重要な点でもある。

このように、社会防衛論的な動きもあったが、一方ここ数年のうちに個人の健康権の実体化をめぐる大きな動きもいくつか存在している。その1つは公害の問題であって、ここでは、健康被害の救済の法的組織化が曲がりなりにも進んでおり、これに対応して各種の健康被害、例えば薬物、添加物その他によるより広い形での健康被害に対する要求の動きが出ている。ただこの中で、公害等においても、いわば後始末的な問題のワク組みの中から出るにはいたっておらず、公害における対人保健的な考えや措置も遅れており、種痘の問題も後始末的な形を脱却できないでいる。

これらの点で重要なことは、まずわれわれが従来の社会防衛論的な考えのワク組みから出ることをはっきりさせなければ、たとえ経済成長の過程から大きなお金が回りうる条件が生まれていても、これからの対人保健 personal health services や保健所行政の発展は難しいのではないだろうか、ということである。この点では公益優先の考えからの発展的脱却が必要であり、この打開のためには外からの市民運動との協力も必要である。

第3に戦後の特徴点として、革新地方自治体の行動という要素がある。この革新自治体の増加は、一定のワクの中での変革ではあるが、国の行政の部分的変革に連なっていくものであり、住民の健康上の権利の前進の原動力になっている。例えば、老人医療などもその一例ともいえよう。老人医療は、医療経済上は明らかに問題点を含んでいるが、従来閉じこめられたままになっていた老人の健康に1つの道を与えたことは否めない。

このように、いろいろな市民運動や四大公害訴訟などを中核とする法的権利の前進などが、個人的な健康の権利の発展のある軸となっていることを評価していくということである。

朝倉教授は、その回顧と将来という話の中で戦後の特異点を中心にその意見を述べられた。

6. 司会者総括と指名発言

次いで司会者より、4人のスピーカーの話を集約し、この『法と健康』をめぐる問題はいくつもの問題を多様性を含み、この流動的な状況の中でどのようにしぼっていくか、また、従来の学会の中では考えられたことのない点であり、よく整理されていないのが実際であるが、今後

の重要な点であること、例えば、公害、種痘被害、薬害、添加物などの問題にしぼっても多くの科学的解決、医学者と法律家とによる問題点の総括とその解決が必要であり、各種の社会保障法、制度の前進的改革、保健所などを中心とする personal health services の組織的展開への新しい方向づけをどう考え、どう前進させるかなどの問題もこの中に含まれていることを指摘した。

司会者のこのような第1段階の集約により、これに直接関連した2つの関係者よりの意見が述べられた。

1つは、関西の青法協の呼びかけで始められた関西予防接種研究会の弁護士の人からの報告である。

現在79例の接種被害者が把握されており、その43例が種痘の後遺症である。これらの接種は、国民はその被害の可能性については全く知らされておらず、安全と信じこんでいたものであり、いわば国は被害の可能性を予め伝えることなく法的に強制化しているものであって、しかもその救済は全く配慮されていないという状況であった。障害は神経系を中心とするものであるだけにその状況は極めて悲惨であり、その家族の生活は事実上破壊しつくされている。さらに79例中10例のみが予防接種と関連していることが医師に指摘されたが、他はすべて他病として処理され、貴重な時間を長く空費してきていた。

このような状況下で権利訴訟が開始されており、医学者の援助をお願いしたいとの発言がなされた。

また、宮崎県のヒ素問題には呼吸器系疾患についての救済がなく、このことは過去のいおう酸化物質(鉱山の精錬として当然存在したが)について証明がなく、被害者の訴えだけでは証明にならない状況にある旨の発言があった。

次いで指名により、原一郎博士(大阪府立公衆衛生研究所労働衛生部)から労働衛生部面の問題点の1例が紹介された。

博士は、現在塩化ビニル・モノマーに発癌性のあることがほぼ確定したが、ここで、塩ビのような広く社会で利用されている、いわば不可欠な商品の生産がその有用性より公共の利益をもっているとするれば、これが少数の人の発癌の危険性の上に多数の利益を成立させている例であることを指摘した。そして、ここで問題になることの1つは、この危険性が十分には労働者に知らされていないということである。博士はこの問題に対する解答を現在われわれはもっていないが、このような事実があることを紹介したいと述べた。

このようなフロアからの意見が述べられたのち、再び4人のスピーカーによって最終的な意見がそれぞれ追加

された。

7. むすび

西スピーカーは、今日の保健所はそういう目的には十分整備されていないが、住民の健康に関するデータをつかみ、それを疫学的に整備し、それに基づいて住民の健康の状況を把握し、また、住民もそれを活用できるような方向が、極めて困難な問題かも知れないが、非常に望ましいことであると述べた。

宇都木氏は、かつては1人1人の人間が生きていくことは自己の責任であり、国家の問題ではないと考えられてきた。しかし今日では、この考え、古い自由主義の考え方は捨てられるべき方向にきている。法学界の重鎮であった我妻教授は、その遺稿の中でアサヒ訴訟にふれ、『司法は行政の中に介入すべきではないと私は長く考えてきたが、自分はアサヒ訴訟に際してこの自分の考えを変えた。今後は、司法のリードがもつ意味というものを考えていきたい』という考えを述べられていると紹介した。

久保井スピーカーは、裁判による健康の権利の擁護のためには、その必要条件として不可欠なものに、これに関する法理論、データなどがある。例えば、公害訴訟における新しい疫学的因果論の樹立ということのもった力はその1例である。しかしこの必要条件だけではだめであって、その中に、いろいろな運動の積み重ね、それに基づく国民世論の動向というような、十分条件の成立への努力が必要であることを述べた。そうした、法理論や法解釈学もこれらの発展の中で新しい役割りを果たすようになってくる、例えば、公害訴訟における民法709条の解釈などはまさにその1つである。本来この709条は、明治における富国強兵政策のもとで、企業活動の自由をできる限り拘束しないようにつくられてきたいきさつがある。しかし今日ではこの条項が公害訴訟の多大の努力の中で、今や民衆の法律になった観があると指摘した。

朝倉教授は、今日の議論を通じての自分の感想とし

て、今後大きな努力を重ね、この分野の発展を図っていく必要性を強調した。

最後に司会者は、この『法と健康』という主題のもとに行なわれた今日のシンポジウムの意義を指摘し、いかに多くの問題点がここに含まれているかを述べ、公害訴訟をはじめとして、種痘、薬害その他数多くの問題が今日提起されているが、これまではこれらの問題はそれぞれ個別的に考えられ、処理されてきた。それぞれの問題の中で固有の問題点の個別的な解決が計られ、理論的な進歩もみられてきた。疫学論の展開の問題もその1つであった。しかし、今後はさらにこれをより統一的な考えのもとに少しでも発展させていくことが今日の課題でもあることを述べ、このシンポジウムを終了した。

ここでひるがえって考えるに、このシンポジウムの中から、直ちにその問題点、特にその中心点である『健康権と公共の利益』という問題にクリア・カットに解答することは不可能ではあった。このことはあるいは既に予期された点であったかも知れないが、問題点が提出され、今後研究者も市民的運動の中でも、そのために必要な理論、データ、啓蒙活動、世論の変革などの必要条件を十分条件の実現のためにどのように考え、また、行動していくか、特に医学者と法学者の協力の中で新しい理論が生まれ、有力な武器として発展することが必要であることが認識されたシンポジウムであったといえよう。この意味では、終局的な結論を期待することはできなかったが、その出発点としての大きな意義はもちえたと考えられ、この企画を提出された野村教授に敬意を捧げるものであることを付記してこの記録を終わることとしたい。

なお、文中の紹介はいずれも筆者の引用によるものであり、その責任は筆者に存することをつけ加えておくとともに、その真意を誤って記述した部分が多く存在しているのではないかとおそれている次第である。

注：昭 50.11.27、大阪空港公害訴訟控訴審で大阪高裁が原告住民側に全面勝訴の判決。すなわち午後9時以降の発着禁止、過去・将来の賠償も認める。12月2日政府最高裁に上告手続きをとる。

地域保健活動

公衆衛生と行政学の立場から

橋本 正己

A5 頁222 図10 1968 円2,100 円140
医学書院刊

地域保健活動の動向と課題

橋本 正己

A5 頁184 図16 1975 円2,900 円160
医学書院刊

社会医学研究会 15年のあゆみと今後の課題

芦 沢 正 見 国立公衆衛生院内社会医学研究会事務局

I. 社会医学研究会設立までの経緯

社会医学研究会設立前後の事情については、社会医学研究会準備会記録、および第9回社会医学研究会（京都光明寺）記録の丸山世話人「あいさつ」でつぎのような内容が述べられている。かいつまんで記すと、1955年4月（昭30）の第14回日本医学会総会（京都）のとき、京都市大徳寺大仙院で「全国公衆衛生懇談会」が、公衆衛生関係者のボランティア運動の全国的な連けいを図ることを目的として持たれ、一この間の事情は、庄司光：大阪における公衆衛生活動の問題点と将来の動向、公衆衛生、22、8：448-453。（昭33）にくわしく述べられている—また、1957年（昭32）の日本公衆衛生学会総会（大阪）の際には医療保障の自由集会がはじめて持たれた。これらの集まりはその後毎年、公衆衛生学会あるいは衛生学会が開かれる折に、「自由集会」の形でつづいており、同学の士の各地での活動経験や知見の交流の場となっていた。これらの集会ははっきりした規約とか組織もない全くの有志の集まりであったが、席上日本の医療公衆衛生の発展のためには、その経済的、社会的条件の究明をぬきにしては考えられず、そのような研究や調査活動を進めるための自らの組織を持ちたいという希望が強く出されていた。翌1958年（昭33）の第12回日本公衆衛生学会の際の公衆衛生懇談会の折には、大阪から社医研設立の提案がなされたが、機いまだ熟さずということで、懇談会とは別個に研究会をつくることとなり、あらためて曾田長宗（公衛院）、関悌四郎（阪大）、西尾雅七（京大）の三氏を世話人代表とし、翌1957年7月30日～31日、東京アジア会館（港区赤坂）において社会医学研究会準備会が持たれた。この回は準備会といっても、事実上第1回の研究集会の観を呈し、つぎに記すようないくたの研究発表がにぎやかに行なわれ、そのあとで、社医研設立の相談が持たれた。出席者

は大学公衆衛生、衛生学教室、病院勤務者、開業医師、保健所職員、厚生省職員、公衆衛生院職員、自治体衛生部局職員等、計56名を数えた。（当日の記録は「公衆衛生」誌にも録されていないので、その一部をここに掲げておく。）

◎第1日

経過報告—

世話人代表・曾田長宗
座長選出、出席者自己紹介
研究発表および討議—

- 1) 結核対策の推移と保健所
関悌四郎、木村 慶、○佐々木 陽、百々英明、塚本 宏（阪大・公衛）
- 2) 神奈川県下における若干の在宅結核患者の実態調査
宍戸昌夫（横浜市大・公衛）
- 3) 保健婦事業を進めるための基本的問題について
清水忠彦、○大國美智子（阪大・公衛）

◎第2日

研究発表および討議（続）—

- 4) 山間部農村における保健管理の経験
若月俊一（佐久総合病院）
- 5) 開業医師による公衆衛生活動の現状と将来
○木村 廉、朝倉新太郎（阪大・公衛）
- 6) 保健と福祉の地区組織活動に関する考察
橋本正己（公衛院）
- 7) 都市化と都市保健問題
○東田敏夫、中井忠臣（関西医大・衛生・公衛）
- 8) 社会医学における矛盾
中川米造（阪大）
- 9) 医療の社会化について
曾田長宗（公衛院）

社医研の発足準備について協議。以上。

なお、準備会記録の最後に本会設立に関係した者の1人として庄司光教授(阪市大)が「社会医学研究会に際して」という一文を寄せている。この中で教授は、準備会での研究発表後の設立せらるべき社医研の性格についての討議にふれている。会の今後の在り方について、中には日本公衆衛生学会の活動としてやってゆきたいという意見もあったが、やはり別に社医研をつくらうという方が多数意見であったこと、しかし、会の目標については種々の意見があって一致点は見出だせなかったこと、そしてこの点は会の今後の活動の中で、歴史的に形成されてゆくであろうが、それにしても共通の学問の目標を明らかにし、方法論を深めることは必要であり、現段階ではあせらず慎重に進むべきであるとしている。(ちなみに、準備会参加費は300円、収入は54名分16,200円、諸経費を支払った残額1,460円を準備費として、2日間にわたる会の幕を閉じている。)

さてこの辺で、社医研第1回の設立総会に筆を進めるのが順当のようであるが、その前に、日本の社会医学的な考えの底流とでもいったものを、明治期以降より大ざっぱに眺めてみたいと思うのである。大方の読者には周知のことばかりではあるが、このことはわれわれが社医研の歩みを考えるときに、ふれないではすまされないと考えるからである。

II. 日本における社会医学的な思想の胚胎とその萌芽

明治期の資本主義経済の質的、量的な急激な発達と膨脹は、「日本之下層社会」、「職工事情」に克明にえがかれているように、必然的に貧困と疾病の増大を来したが、そのような事態に対し、自由開業医制医療の諸矛盾が誰の目にもあらわになったであろうことは、たとえば1908年(明41)の長尾藻城の「噫医弊」のような開業医の中から表白された、一面自嘲をこめた医師批評があらわれたことから推して知られよう。これら巷の怨嗟の声に対処しようとした政府の彌縫的な恩賜を冠した慈恵的医療施設設置政策の破綻のあとを受けて、ようやく社会政策の名に値する健康保険制度登場の機が熟し、1922年(大11)法律制定、1929年(昭4)施行となった。

一方、国際的にも非難的であった繊維工女の深夜業に象徴されるような、健康を無視した労働条件とそれを可能にした日本独特の労働関係は、ひいては日本社会政策学会の成立と先覚者の労働組合結成の動きとなり、また、石原修の「女工と結核—衛生学上より見たる女工の現況」(1910)を産み、工場法を成立させる大きな足場

となった。

社会医学という思想につらなる考えは、日本経済の資本主義的發展とともに胚胎しはぐくまれた内在的なベクトルであり、すでに明治末期には医療の矛盾や肉體磨耗的な労働を衝いた言論・報告に社会医学的な考えの萌芽をみてとることができよう。

第一次大戦後の恐怖は、米騒動や争議の頻発等による社会不安の増大と死亡率の上昇にあらわれた国民の健康状態の低下で目を見張らせるものがあつたようであり、他方、国際的には、ロシア革命の成功(1917年—大6)が社会主義研究の意慾を大いに刺激し、労働運動に自信と理論を与え、大学にも社会科学系の研究団体が簇生し、言論・思想界にデモクラティックな活気がみなぎってきた状態であつたといわれる。

III. 東京帝大学生による社医研の活動とその影響

現在のわが社会医学研究会の系譜を職前にたどると、中途とぎれとぎれではあるが、1924年(大13)ごろにできたといわれる東京帝大社会医学研究会に逢着すると考えるのに誰しも異存はないと思われる。当時の東大社医研は前述の社会的影響の下で、1924年(大12)9月1日の関東大震災後の学生の被災者救援活動を直接の契機として生まれたといえよう。当時上野公園に集まってきた被災者大衆は、東京帝大学生有志をして自発的に救援活動に赴かしたため、この活動は、法学部末弘教授らの後援を得て、当局も認めるところとなり、1924年(大13)の東京柳島セツルメントハウスの設立となった。当時医学部学生であつた小宮義孝、曾田長宗、滋賀秀俊、林暉らはセツルメント医療部のメンバーとして、住民の診療ならびに衛生、健康調査などの活動を行なつたが、その間、その活動と表裏をなして理論的な研究サークルができ、それに社会医学研究会という名がつけられたということである。当時の学生に影響を及ぼした指導者として、まず、石原修、暉岐義等(元労働科学研究所長)、国崎定洞の3人に指を屈することができよう。はじめ、東大伝染病研究所の助手をしていた国崎定洞は、間もなく本郷の東大衛生学教室の助教授となり、石原修らと共に社医研の学生の学習会のチューター役をつとめ、学生たちの相談にも応じていたという。(1971年6月13日、社医研・医学史研究会共催で国崎定洞を偲ぶ記念講演会が東京・杉並で開催され、時を同じく本会会員でもある川上武氏と上林茂揚氏共編による「国崎定洞—抵抗の医学者」が動草書房から刊行された。また本社医研第16回総会が国崎の生地熊本市で開催されたことは一層本総会を意義深いものにしたといえる。)

発足当時の東京帝大社医研では、B. Chajes の *Kompendium der Sozialen Hygiene* の輪講などが行なわれた。一本書は国崎の訳により、「社会衛生提要」(昭2, 金原商店) 一として刊行された。社医研の実践活動としては、セツルメント地区の調査、足尾鉾山労働者の健康調査などがあり、その成果は、「よろけ」(全日本鉾夫総連合会)、「医療の社会化」(東大社医研) となって世に問われた。(後者は医学史研究会から復刻版が出されている。) 東大社医研の活動、いな存在そのものもやがてセツルメント活動に対する官憲の干渉・圧迫・弾圧とともに閉塞せしめられる暗い時代をむかえる。第二次・第三次の社医研再建の試みも挫折ないし屈折した道を歩まねばならなかった。その間にあって唯物論全書の一冊として、当時東大医学部の学生であった宮本忍の「社会医学」(三笠書房, 1936) は戦後の各地の大学の復活社医研の「社会医学」の理論づけに大きな影響を与えたものとして評価されよう。これまで記述が東大社医研にのみ偏ったが、東大に呼応して、東北、新潟、京都、岡山などの医大にも学生社医研がつくられたようであるが、資料が手許にないので割愛せざるを得ない。戦時中は無産者医療運動はおろか社会という名を冠した団体すら取締まりの対象になった狂気の時代であったわけであるが、戦後に与えられた民主主義とはいえ、若干の大学の医学部、あるいは医大で学生を中心とした社医研が結成された。これらは戦前の社会医学研究会の直接の継承者であるという意識は必ずしも持っていなかったといえ、それほど戦争による世代間の意識の交流は途絶えせしめられていたのであろう。

IV. 戦後の公衆衛生行政の批判と社会医学研究会の設立

戦後の公衆衛生行政はとくに占領下においては占領軍の目的—日本における民主的傾向の助長や民主的政府の樹立—にそって民生安定政策の一として、緊急防疫対策から始まり、衛生行政機構改革、保健所網の整備、公衆衛生教育の強化等がその項目としてあげられよう。アメリカとコミュニティーの成立基盤の全く異なったわが国に、ある意味で強引に扶植されたアメリカ流の公衆衛生技術と教育は、その背後にある、それを産み出したアメリカの歴史の理解のないままのみにするしかなかったようであり、そのイデオロギーに対処すべき日本側のイデオロギーも皆無に近かったのであろう。戦前のドイツの Frank, Grotjahn, Chajes, の流れをくんだ社医研の影響は行政を動かすほど、日本で育つ土壌はなかったといえよう。なお、戦後はイギリスのビバリッジ勧告、ソ

連の医学、医療制度の紹介もさかんで、それらの影響も見逃すことができない。

講和条発効約(1952 昭 27) から安保体制強化へ傾斜していった昭和 30 年頃までをいわば戦後第 2 期とすれば、この時期は経済的には朝鮮戦争特需をてことして経済復興のいとぐちをつかみ、重化学工業中心の技術装備が着々と進み、その後の高度経済成長時代への跳躍力をつけた時期といえる。工業生産水準は戦前の基準年として統計で使われる 1935 年(昭 10) なみに回復し、1954 年(昭 29) 「経済白書」の「もはや戦後ではない」のキャッチフレーズが流行語となった。このことは、公衆衛生行政の分野では開発によって変貌する社会のニードや産業の発展においつけず、予算・機構・人員充足度の面で後退を来たし、「公衆衛生たそかれ論」が関係誌面ににぎわせた。

しかしながら、他方、戦後自主性を欠いたわが国の公衆衛生行政に対する批判と公衆衛生活動に対する反省とから、東京、京都、大阪、名古屋、岡山、仙台、千葉等の各地で相前後して、医学生、公衆衛生従事者、若手医師グループ等の学生社医研サークルやセツルメント活動が澎湃とわきおこっていた。これらサークルは前述のように、必ずしも直接戦前の運動の系譜を受け継ぐものとはいえないけれども、学習・討論を通じて戦前の活動の理解を深めていたことはたしかであろう。

たまたま、1953 年日本公衆衛生学会の折に、関悌四郎(阪大)と庄司光(大阪市大)の両教授が、「現在の行きづまりは社会経済事情によるところが大であるといっても、公衆衛生の歴史の浅いところにも起因している。まず、公衆衛生の従事者同士が自由に話しあう場を確保することが大切である」という点で合意し、翌 1954 年 1 月、大阪府・市の行政機関、大学、研究所有志によって「公衆衛生の会」発起人会が開かれたが、そのときの主題は、「公衆衛生活動および研究の有機的統一について」であった。このような組織が大阪で成り立った主体側の条件として、橋本正己・橋本道夫両氏を中心とした豊中保健所の保健婦活動の実績が一つの契機となったといわれる。

朝倉新太郎氏は「公衆衛生」誌 22 巻 8 号(1958) 所載「大阪の公衆衛生小観」(1954~1958) において、大阪で「公衆衛生の会」が成功を収めたのは、1) 主催者が割合自由な立場にある大学・研究所関係者であったこと、2) 運営の中心が大学・研究所の若手医師プラス現場の若干の若手公衆衛生従事者であったことをあげている。大阪でのこのような動きが翌 55 年京都での「全国公衆衛生懇談会」結成の呼びかけとなり、ひいては現在

の社会医学研究会の誕生となったといえよう。

大阪ではこの動きが刺激となり、1955年には「疫学を語る会」、「公衆衛生連絡協議会」、日患同盟、職員組合、医師会等の参加を得てきた「結核対策懇談会」等が種を接してつくり、大阪府南区医師会は公衆衛生の専門委員を設けて府医師会の先蹤となった。

1956年9月の名古屋での日本公衆衛生学会では、「公衆衛生の隘路とその対策」と題したパネルディスカッションを行なうなど当面する課題に正面から取り組む姿勢をみせた。また大阪の「公衆衛生の会」は、保健所におけるスタッフの不足が問題となるや、「大学は公衆衛生のフィールドに進んで医師を送るべし、大学の公衛教室は実地の公衆衛生を指導するような仕事、とくに行政に関する業績を出すべし」というような批判が活発になされたという。「公衆衛生」誌第22巻8号の座談会「大阪の公衆衛生を語る」において、東京からは公衛たそがれ論が出たが、「大阪の公衆衛生はその『黄昏』を解消し、正に『夜明け前』にある」と異口同音に語っているのは、上述のような実績に裏打ちされた自負があつてのことであろう。

これまで冗長を意に介せず、社医研発会前史にウエイトを置いて述べてきたわけであるが、それは、社医研を発足、推進させたエネルギーの蓄積がどのようなプロセスで行なわれ、その推進の方向、力の大きさなどは社医研のその後の歩み、将来への歩みと関係が深いものと判断したためである。

V. 社会医学研究会 15年のあゆみ

さて、第1回の社会医学研究会は東京都千代田区日本橋都市センターで1965年7月29、30の両日開かれた。演題と演者名はつぎのようであった。

1. 社会医学の定義について
黒子武道（東大）
2. 社会保険医療の分析
東田敏夫、仲野俊子（関西医大）
3. 氷上町における保健医療計画に関する一考察
雀部猛利（神戸女学院大学）、五木田和次郎（阪大）
4. 医療制度と医師の報酬
関憐四郎、朝倉新太郎、他（阪大）
5. 無専門医村における検診成績とその対策
笠木茂伸（河野臨床医学研）
6. 高血圧症および心臓病患者の療養生活の実態
小浜泰子、斉藤和子（川崎市高津保健所）
7. 八千穂村の健康管理の結果を通して見たる健康と環境因子の相関について

若月俊一（佐久病院）

8. けい肺の社会医学的調査について
首藤彦彦（日本福祉大）
9. 保健所の再編成と整備
須川 豊（静岡県衛生部）
10. 中小企業の衛生管理の協同化について
東田敏夫、橋本美知子（関西医大）
11. 新都市造成と保健・医療・福祉サービスの総合計画
関憐四郎、朝倉新太郎、他（阪大）
12. 地域社会の大いさと医療施設の関係
大谷藤郎（厚生省）
13. 公衆衛生監視制度について
庄司光（京大）、中山信正（大阪市）、他
14. 病院における公衆衛生活動の現状について
吉田幸雄（病院管理研）

研究会記録には印象として、「他の学会に比し、一題につき数倍に及ぶ時間が充てられたにもかかわらず、いずれの問題についても、討論のつきるところを知らなかった……」と録されている。第1回より第3回までの研究会の主なトピックスの一つは何と云っても、社会医学の概念規定、方法、近接科学との関係、実践活動との関係などであつて、社会医学を志す学徒として、公衆衛生学や予防医学との異同を明らかにし、社会医学の筋目を立てることがまず大切ではなかるうかという見地から討論が沸いたようである。

年1回の社会医学研究会の記録は医学書院の好意で「公衆衛生」誌に特集として収載されることになったが、第1回の記録の巻頭に「社会医学研究会の発足」と題し、世話人を代表して曾田長宗氏がつぎのように述べている。すなわち、氏は社会医学の概念規定先決論に対し、「いま、わが国におけるいわゆる社会医学研究の現段階で、充実した内容の討議ができるだろうか。社会医学研究の範囲をこれこれしかじかと定めることが、果たして益になるであろうか」と問いかけ、「医学と社会との接触は臨床面、応用面のみならず、基礎医学をも含んで各分科に及ぶもので、社会医学はそのような接触の姿、その間に生ずる諸種の問題を追究し、社会的な考え方を医学の各分野に滲透させようとするものであつて、新しく社会医学なる一分科を敢て設けようとするところに主眼があるわけではないのではなかるうか」と述べ、「やがて次第に特徴的な研究方法や、問題の取り上げ方が次第に固まり、社会認識・社会条件についても考え方の整理がついてくるのではなかるうか。その時期を期待しつつ同士の集まって、その経験を語り、意見を交換する必要

を感じ……」として、社会医学の構成要件等は将来に向け発展的に形成されるべきものであると、きわめてオープンでパーミッシブな態度を持つべきであるとした。

また黒子会員に第1回冒頭の演題「社会医学の定義」において、「社会医学の定義が多様、多義である所以を、社会医学が若く、成長の早いため、全領域を客観的に概括できないためという考えを肯定しつつも、研究者の社会医学理解に対する基本的態度の差を重視し、諸家の定義を要約、つぎのように整理した（この口演は第3回までの社会医学概念論の討議のいわば基調報告となつたのでやや詳述することとする）。

1) 医学の原理としての社会医学——代表的なのは、René Sand の所説で、人間をその社会環境とともに研究することは医学の発展の必然の帰結となるはずのものであり、この思想（フィロソフィー）は医学の全分野に浸透すべきものであるという。

2) 医学研究の技術（一分科）としての社会医学——社会集団の構成とその環境諸条件が健康と疾病に及ぼす影響を研究する科学として規定するもの。例えば、Crew, Stampar, Hüppe, Ryle, Teleky, Rosen らの諸家の説がある。

3) 実践の課題としての社会医学——1) に述べたフィロソフィーにもとづき、医学的活動を集团的、公共的な規範への統合をめざすもの。具体的には医療保障論・医療制度論を意味するとする Ryle らがあるが、これに対し、Galdston の Socialized Medicine と Social Medicine との異同論が対立する。

4) 医学教育の課題としての社会医学——これも1) のフィロソフィーに従い、カリキュラムの根本的改革をめざすものであり、Sand, Hobson, Hubbard, Mckeown, Galston らの言説がある。

なお、第1回の世話人選挙でつぎの各氏が選ばれた。（以後世話人は会則により2年ごとに改選されることとなった。）

世話人：曾田長宗、吉田幸雄、橋本正己、小宮山新一、関悌四郎、芦沢正見、松浦十四郎、若月俊一、朝倉新太郎、庄司光、以上10名。

第2回の研究会（東京・都市センター）は17演題を得て1961年7月28～29の両日行なわれた。

演題の中に、「富山県下におけるイタイイタイ病ならびにクル病の調査」が河野臨床医学研究所の河野稔氏他から出されたが、当時とくにつっこんだ討論はなされなかったと記憶する。

その他の多くは地域組織活動、国保、医療制度等の範疇に属する演題であった。

曾田代表世話人は再び巻頭言に筆をとり、「社会医学への期待」と題して、社会医学の研究には当然社会科学的研究の側面があるが、社会科学の分野では研究者の社会的立場の相違によって問題の認識・解釈・解決法が異なることが予想されるから、かなりの意見の相違が生じよう。討議が排他的抽象論に流れぬために、慎重に収集された豊富な資料に裏づけされる必要がある旨を警告している。

なお「社会医学研究の進め方」なる自由討議が持たれ、発言が「公衆衛生」誌第2回社医研特集に載っているが、研究会の持ち方というような技術的な点に話題が飛んでいて、かみ合った深まった議論にはなっていないという印象を受ける。

社会医学の概念には諸家により著しいへだたりがあり、社医研会員間でも意思統一がどのレベルで可能なのかさえははっきりしていない現実をふまえて、第3回の研究会（京都）では「社会医学をどう理解するか」のシンポジウムを開くことになった。東京の有志会員はそのシンポジウムにそなえて10数回の討議の場を持ったが、それでも社会医学の理解は人により、予想以上に多様であることが判明した。意見の一致をみたのは、社会的諸条件を健康に関連する因子の中で重要視するという点にとどまった。この記録は「公衆衛生」誌（1962年9月、第26巻9号）に、「社会医学の概念について討議記録」として大谷会員がまとめておられる。その中から興味のある事柄を二、三紹介すると、黒子会員の「社会医学の定義」については、それぞれの定義が付けられた社会的歴史的背景をより明かさねんことを望むという発言、山本（理）会員より、黒子会員の問題提起の方法とは逆に、現在日本で「社会医学」なるものが提唱されている歴史的現実を解明する方向から入る方法がある。そしてある具体的な指導的論文が共通の財産となる過程があつてはじめて「社会医学論」はみより豊かな軌道に乗ると考えると論じた。

初山会員の発言に関連し、human ecology と social medicine との異同については意見がまとまらなかった。

前田会員から対象とする社会集団現象には自然科学的概念構成と歴史科学・社会科学的概念構成とがあるが、そのどちらをとるか、ないしどちらを優位とするかの問題があるとの指摘がなされた。

曾田会員はこの東京ブロックの研究会でつぎの社会医学研究の対象と範囲を提示した。すなわち、

1) 人間の健康・疾病に対する social aetiology は何か。その要因の分析。

2) Medical and Health Service が各層にどのような

にゆきわたっているか、現状の分析と対策。

3) 医学または医療に関した問題について、socio-economic な立場からの検討。

4) socio-economic な問題について、医学的な立場からの検討。

小野寺、水野会員らは内外の文献から社会医学の定義をぬき出したが、日本人 27, 外国人 21 であった。

なお第 3 回研究会においては、あらかじめ郵送で行なわれた、会員に社会医学をどう考えるかについてのアンケートの結果が発表された。回答を寄せられた員会は 64 名 (内女 10 名)、回答率 60% であった。

1) 社会医学は社会科学であるか、自然科学であるかの問いに対し、「両者の総合であるが、より社会科学に比重をおく」を選択した者が最多の 3 分の 1 を占めた。

2) 社会医学の定義の問いは、Hobson, Ryle, Chajes, Winter および社医研アンケート作成者提示の 5 つの定義をあげ、それに最も近い定義の選択を求めるという形で行なわれた。最後の定義——社会医学は住民の健康状態と社会的諸条件の相互作用を分析し、保健政策の立案に資するとともに、保健政策、ひいては社会政策の反省となし得るものである——に最も多い 6 割近くの賛意が投ぜられ、ついで Winter, Hobson, Chajes がつづいた。

3) 社会医学と公衆衛生学の関係については、「社会医学のなかに公衆衛生学が含まれる」とするものがちょうど半数、「両者はそれぞれ別個に存在する」とするものが 3 割がそれについてだ。

4) 社会医学は特徴的な方法論を持つかの問いには、大多数 (83%) が持つと答えた。

以上から発足当時の会員の考え方の一側面をうかがうことができよう。

第 3 回研究会は、はじめて付表にあるような 2 つの主題を設け、それぞれシンポジウムを行なった。シンポジウム「社会医学をどう理解するか」では 3 時間に及ぶ討論が交わされたこと自体、上記のアンケートにも示されるように、社会医学の理解の多様性の反映に外ならず、体系立った理論の構築の難しさを覗かせたものであった。司会の曾田世話人はまとめとして、実践を重んじて社会医学の理論の体系化を図るべきであり、研究の対象はたとえ個別的事例を検討することが必要としても、それは事例の属する社会集団の一員として集団的検討を進めるための一階梯として位置づけるところに社会医学研究の特徴があるとし、社会集団を研究対象として取り上げる場合は今日の社会経済的構造の分析の上に立ってその運動法則の赴くところを明らかにした。この上で、健康影響・健康阻害を論ずべし、という意見が述べられた旨を

強調した。したがって社会観察のために、社会科学的方法を用いなければならないことは当然であるが、その適用方法が十分に成熟しているとはいえず、社会学者の参加が今日ただ今の課題として要請されよう。集団観察の場合、統計的方法は有力な方法であるが、その効用と限界、いかにすると統計的解釈と事実の検証との関係については論議が尽くされているとは考えられない。

科学と実際活動との関係について靄山会員が、実践の問題を無条件に科学の体系の中に取り込む態度、すなわち、実践の上で派生する諸問題をすべて無条件に社会医学の対象であると解釈して、これらを取り込んでいく考え方は多分に問題があると述べた。これは研究者の陥りやすい態度に対する将来に向けても有益な警告として虚心に受け止めたい。

社会医学に対する概念規定等に関する問題は、問題の性質上もあろうが、多分にすれ違いの議論を残したまま第 3 回までで姿を消し、今日まで真正面から取り上げられてはいない。

1960 年代の保健医療状況とその問題点は、医学史研究会で集中的に討議された総括が、中川氏によって医学史研究誌に録されているように、開発を優先した高度経済成長政策は保健・医療・福祉予算にしわ寄せとなり、地域間格差・階層間格差のいまだかつてない増大をもたらした。形式上国民皆保険となったものの、医療矛盾は激しくなり、一層の営利化・企業化の方向に医療を押しやる結果となった。

第 4 回研究会の責任者である岡山大を中心としたグループがこのような事態の巖頭に立ってなみなみならない決意で準備をされたことは、大平世話人の第 4 回研究会総会記録冒頭の「社会医学研究会の新しい試みと反省」によくうかがわれる。この回では「地域開発と住民の健康」なる共通のテーマを中心とし、会員有志がブロック別、すなわち、堺臨海工業地帯 (大阪)、水島工業地帯 (岡山)、京葉工業地帯 (東京)、四日市工業地帯 (中京) に分けたグループ共同研究の報告が行なわれた。助言者島教授 (京大・経済) は、今回の討議は公害中心の工場進出を主とした地域開発であるが、地域開発の問題を考える際に、後進地域の数多くの残された問題の検討こそ本筋であり、開発地域だけの問題ではないことに注意を喚起した。

第 5 回以降、都市・農村を問わず、変動する社会と抵抗する住民運動に焦点があてられ、保健医療従事者の責任と立ちおくれが指摘された。第 7 回と第 8 回の報告を核とした発展的な成果は、それぞれの主題「人災と健康」、「住宅と健康」を書名とする社会医学双書第 1 集・第 2

集として光生館より上梓された。後者「住宅と健康」には駒田会員の労作になる関連国内文献集が付せられた。

第9回以降から、保健・医療に対する国ないし自治体の公的責任が論ぜられ、住民運動の進展と対置して保健・医療従事者の職場の民主主義が論ぜられ、革新自治体下にあっても克服されるべき問題点にも若干の照明が与えられた。一方、当今の革新陣営の分裂の反映も作用するのであろうか、会員の思想・立場の相違も著しいこともあってか、感情的と思われる応酬も二、三にとどまらなかったと記憶する。

第9回研究会は、阪大丸山世話人を代表として行なわれたが、あらかじめ、主題—保健医療と公的責任—の研究・討議のための素材として、東田会員（関西医大）に「住民の保健と地方行政—とくに保健所の役割—」、および小池会員（びわこ学園）に「心身障害者と医療」の二論文を配布するなどの工夫が試みられた。

第10回研究会（1969年7月、名古屋）では森永ヒ素ミルク中索事件掘り起こしの緒となった発表、「食品中毒の問題点—森永砒素ミルク事件の実態調査—」が当時の医学生奥山明彦、小野之胤氏によって行なわれた。同年10月の日本公衆衛生学会で発表されて多くの社会的関心と呼んだ本事件も、この会での反響は意外にもさほどではなかった。

VI. むすびに代えて

さて、「15年のあゆみと今後の課題」という題を与えられながら、15年以前の記述に意外に紙幅を取られ、今後の課題に及ぶ前に筆を措かざるを得ない。また、言いわけととられても仕方がないが、責任をもつ会員諸氏の業績を論評するためには、評者の立場を明らかにしてはじめて、これを能くするわけである。しかし、そのことは時代が新しくなればなるほど難しいことに気づいたことも事実である。第4～5回社医研において水野、藤森、南会員（阪大）は日本社会医学小史（I～III）を発表されたが、いずれ、本格的な15年史のレビューはこれらの方々の史眼に期待したい。最後に石原修のつぎの言葉を掲げて結びに代えさせていただきたい。

「……、ペッテンコーフェル氏によって創設された衛生学より今日の社会衛生学に到ったのは、衛生学の本質から起り来った悩みに他ならない。この悩みは何時か先ず治療医学を襲い、つぎには医学全体の上に捲き起こされるのではあるまいか。」（「衛生学の本質」1928から）

文 献

- 1) 庄司光：大阪における公衆衛生活動の問題点と将来の動向、

- 公衆衛生, 22(8), 1958.
 2) 朝倉新太郎他：大阪の公衆衛生小観（1954～58）、公衆衛生, 22(8), 1958.
 3) 社会医学研究会準備会記録（謄写プリント）.
 4) 川上 武：現代日本医療史、勁草書房、1965.
 5) 声沢正見：セツルメント運動と公衆衛生、公衆衛生, 22(8), 1958.
 6) 医学史研究会編集委員会：1960年代の保健と医療、医学史研究, No. 36, 1971.
 7) 大谷藤郎：社会医学の概念についての討議記録、公衆衛生, 26(9), 1962.
 8) 西 三郎：公衆衛生活動の批判と社会医学研究会の誕生、医業ジャーナル、1967.
 9) 第1回より第15回にわたる「公衆衛生」社会医学研究会特集号、1960-1974.
 10) 丸山博：森永砒素ミルク中毒事件被災児のその後—医学生の実習報告を主体として大阪大学医学部衛生学教室のあゆみ、1973.
 11) 石原修：衛生学の特質（日本学術協会報第4巻、1928（昭3））.

付・年 表

——社会医学研究会 主題・要望課題・特別講演・シンポジウムなど——

- 1959 設立準備会 アジア会館（東京都・赤坂）
 1960 第1回 日本都市センター（ " " ）
 創立総会 開会挨拶 曾田長宗（公衛院）、関梯四郎（阪大）を議長に選出
 世話人10名を連記無記名投票で選出
 主題なく一般演題のみ
 1961 第2回 日本都市センター（ " " ）
 主題なく一般演題のみ
 1962 第3回 京大薬友会館（京都市）
 主題Ⅰ 社会医学をどう理解するか
 シンポジウム 司会・曾田長宗
 黒子武道（東大）、初山政子（気象研）、原島進（慶大）、庄司光（京大）、小宮義隆（予研）
 主題Ⅱ 医療保険の統合をめぐる諸問題
 司会 関梯四郎
 近藤文二（阪市大）、仲田良夫（健保連）、中村正文（神商大）
 1963 第4回 岡山県児童会館（岡山市）
 主題 地域開発と住民の健康
 特別講演 「地域開発」について 島恭彦（京大）
 1964 第5回 愛知県産業会館（名古屋市）
 主題 住民の保健をいかに進めるか
 発題講演 ある保健医療担当者の反省 丸山博（阪大）
 1965 第6回 神奈川県医師会館（横浜市）
 主題 変貌する農村の社会医学的研究
 発題講演 日本農業変貌の実態 山岡亮一（京大）
 1966 第7回 比叡山延暦寺会館（大津市）
 主題 人災と健康
 1967 第8回 神奈川県観光会館（箱根町）
 主題 住宅と健康
 総括討議 司会・曾田長宗、専門助言・川名吉衛門（都立大）
 1968 第9回 光明寺（京都府長岡町）
 主題 保健・医療と公的責任
 特別講演 現代の貧困と自治体 宮本憲一（阪市大）
 特別講演 社会保障と視点 小倉裏二（同志社大）

- 1969 第10回 名古屋市科学館(名古屋市)
 主題Ⅰ 保健所の基本的課題をめぐって
 主題Ⅱ 住民の健康を守る運動
- 1970 第11回 佐久総合病院(長野県田町)
 要望課題Ⅰ 地域の保健活動をどう進めるか
 要望課題Ⅱ 変貌する農山漁村
 基調講演 日本農業の長期展望 大谷省三(東農工大)
- 1971 第12回 岡山大医学部(岡山市)
 主題 保健医療従事者は住民のくらしをいかに守るか
 基調報告 " " 西尾雅七(京大)
- 1972 第13回 天野山金剛寺(大阪府河内長野市)
 主題は設けず一般演題のみ
- 1973 第14回 東京医科歯科大(東京都)
 主題 地方自治体と保健衛生
 特別講演 地方自治体と公衆衛生 曾田長宗
- 1974 第15回 愛知県婦人文化会館(名古屋市)
 要望課題Ⅰ いのちと健康を守る国民の運動の発展と保健・医療の職場の民主主義
 要望課題Ⅱ 国民の健康を守る運動における学習方法とその効果
 特別討議 保健所再編をめぐって
 司会・小栗 史朗(名古屋市保健所)
 相磯富士雄(公衛院)
 問題提起Ⅰ 朝倉新太郎(阪大)
 問題提起Ⅱ 木下 安子(都神経研)
- (昭38) 国立東京養老所に付属リハビリテーション学院開設
 医学視学委員会インターン廃止に傾く
- 1964 ポリオ国産生ワクチン服用義務化
- (昭39) 日本学術会議インターン廃止を勧告
 (東京オリンピック)
- 1965 アンブルかぜ薬で死者続出
- (昭40) 母子健保法制定
 (池田勇人がんで死去)
- 1966 社会保険病院で集団腸チフス発生、千葉大学腸チフス事
 (昭41) 件の発端となる
 農業による健康障害問題化
- 1967 新潟水俣病、四日市公害被害者提訴
 (昭42) 最高裁朝日訴訟打ち切り判決
 公害対策基本法制定
 各地大学に青年医師連合結成され、インターン廃止、無給医局員有給化など要求
 (都知事に美濃部亮吉当選)
- 1968 イタイイタイ病をカドミウム汚染による公害疾患と認定
- (昭43) カネミライスオイル中毒事件
 札幌大教授和田寿郎心臓移植手術事件
- 1969 厚生省イタイイタイ病要観察地域を指定
- (昭44) チクロ添加物問題化
 水俣病患者提訴、カネミ被害者提訴
 公害健康被害救済特別措置法制定
 札幌地裁和田教授不起訴とす
- 1970 東京都光化学スモッグ警戒発令体制発足
- (昭45) 田子浦ヘドロ社会問題化
 心身障害者対策基本法制定
 「キノホルム剤販売停止措置」厚生省
- 1971 「医療を告発する柴い」(代表 東大 高橋眺正) 東京で
 「反日本医学会総会」を開く
 富山地裁イタイイタイ病の原因をカドミウムと判決
 新潟地裁阿賀川有機水銀中毒は昭和電工が加害者と判決
 日本医師会保険医総辞退を指令
 厚生省精神病院作業療法実態調査を実施
- 1972 厚生省特定疾患対策室を設置
- (昭47) 熊本地裁で水俣病原告勝訴
 公害健康被害補償法制定
 防衛医大設置
 (沖縄施政権返還、国際石油資本価格引上げを通告)
- 1973 PCB多食者の健康調査結果発表
- (昭48) 森永ミルク中毒事件救済基金設立で合意
- 1974 全国難病疫学調査(第二次)結果発表
- (昭49) 塩化ビニルモノマー含有医薬品製造販売中止
 PCBによる母乳汚染調査結果発表
 医療システム開発センター発足
 日本在留韓国人にも被爆者手帳を交付
 AF2の添加禁止
 サリドマイド被害児福祉センター設立認可
 大腿四頭筋短縮症の診断基準を定む
 保健・医療社会学研究会発足
- 参考資料
 中野操：日本医事大年表，思文閣，1962。
 川上武：戦後医療の30年，「からだの科学」臨時増刊，1975。

—1955年以後の主な保健・医療・社会の動き—

- 1955 イタイイタイ病問題となる
- (昭30) 森永ヒ素ミルク中毒事件おこる
 けい肺・外傷性脊髄障害特別保護法制定
- 1956 水俣病多発
- (昭31) 東大教授尾高朝雄ベニンシリンショック死
 日本医師会、保険医総辞退を決議
 在院精神障害者実態調査実施(厚生省)
- 1957 朝日 茂、行政訴訟提起
- (昭32) トランキライザー発売
 原爆被爆者医療法制定
- 1958 ~1960年にかけて、ポリオ流行
- (昭33) 売春防止法全面施行
 社会保険診療報酬改正(甲表・乙表)
- 1959 国民健康保険法全面改正施行
- (昭34) 国民年金法制定
 朝日訴訟第一審判決
 内職用接着ベンゾール中毒問題化
- 1960 医療制度調査会設置
- (昭35) ポリオなまワクチン輸入要求たかまる
 病院ストライキひろがる
 じん肺法制定
 (新安保条約調印、「所得倍增計画」発表)
- 1961 四日市ぜんそく多発
- (昭36) ポリオ生ワクチン1,300万人分緊急輸入決定
 開業医一斉休診(日本医師会指令)
 「医学史研究」創刊
- 1962 社会保障制度審議会答申
- (昭37) 日本医師会「国保読本」10万部配布
- 1963 サリドマイド事件で厚生省対策にのり出す

この特別報告に先立って、共同座長の曾田世話人も述べられたように、15年前の社会医学研究会の発足には、今次大戦後における新しい社会体制下の国民の生活と健康の実態、そして衛生行政や医学教育・研究の動向を直視する有志の間に、日本の医療と国民の保健を向上させるためには本会が趣旨とするような視点で医学の問題が扱えられることが必要であるとする思潮が高まって、本会が産声をあげたという、当時の現実があったのである。

いま、演者の述べるところによれば、本会設立の準備会は1958年福岡の学会の折にもたれたとのことであり、また、熊本が、わが国の社会医学の草創の頃先駆者・国崎定洞先生の御郷里であることなどを思い起こすとき、本総会を当地で開催することに、いままさながら少なからざる因縁を感じる。演者が指摘するように、今日のこの社会医学研究会の歴史は15年であるが、その歩みを把握するためには、日本の医学の中の重要な課題への社会医学的接近がどのようになされ、社会医学的調査・研究のいかなる成果がみられてきたか、そして医学の中におけるその位置づけがどのようであったか、などを振り返ることなくしては果たせない。

このような点に鑑みて、演者が、まず最初に「社会医学研究会設立までの経緯」について述べ、次いで、さらに源流を求めて「日本における社会医学的思想の胎胚とその萌芽」に論及し、その当時の社会医学研究の具体的な動きとして「東京帝大学生による社医研の活動とその影響」に触れて後、再び「戦後の公衆衛生行政の批判と社会医学研究会の設立」に回帰して今日のわが社会医学研究会の歩みを論述したのは、過去を顧みて今後の方途を求めるとの適切な素材としてこの報告を用意された、我々に対する演者の配慮ということができる。

本研究会の初期の総会では、社会医学とは何か、その定義や概念に多くの活発な論議があったというが、新しい学問の領域が開始され、あるいは学際的な領域が成長するときには、「何ぞや」論が活発になるのが常である。しかし、あまりにこの時期が長いと学問は沈滞するので、次の段階としては、各人が、これこそ社会医学だと信ずるものを「やってみよう」、そして行動の中から真理をみだし、学問の領域や論理を形づくってゆくのではないかということになる。第二段であるが、そのためには討論が大事にされる。討論、これは当初からの本研究会の一つの特色であり、初期の総会でも「討論つくることなし」という状態だったというが、そのために長い、発表時の持ち時間が、次第に口演の持ち時間として

費消され、冗長な発表と少ない討論という低調な風潮をももたらした。

ここにおいて、この数年これに対する反省がうながされ、また同時に、本研究会における発表演題には、問題の提起や社会医学的に取りあげるべき問題の素材の提示があっても、課題との取り組み、妥当なる方法論をとって多面的に解析し、実証し、解決の方向をとる社会医学的アプローチなどにおいて、本研究の業績として積まれてゆくものが少ないのではないかと厳しい反省がなされるようになってきているのが現状であろう。

演者は、この特別報告において、今後の課題に及ぶ前に筆を措かざるを得ない由、述べているが、さきの総括討議における会員諸氏の積極的発言の中に、また、この報告の討議に当たって、今後の課題をいかにとりあげてゆくべきかと考えるいくつかの提言をみる事ができたように思う。ある会員は、社会医学的研究は、「社会的同感からではなく、社会的認識に立って」なされなければならないと発言した。また、他の会員は、本会において発表し、種々な角度からの討論があって、これによって内容の深められた成果は論文にまとめあげられ、社会医学の積石として積みあげられてゆくべきで、そのためには、本会発足当初からの懸案である機関誌発行が本会の今後の発展・充実のために必須であることを強調した。

過去を顧みること、歩んできた道を振り返ることは、これを現在と将来に生かすことによって始めて意味をもつのであるが、今回のこの報告からわれわれは、少なくとも今日、本会の発足の当初から意識しながらその後進展しないか、あるいは所期の方向をとっていないいくつかの問題に眼を向ける機縁を得たと思う。われわれは社会医学の研究に当たって、社会科学と自然科学の方法論をもって実証的な研究成果を積んできたのだろうか、そのために自然科学や社会科学の第一線の領域との学問的交流を積極的に考えてきたのだろうか、また、この15年間に本会において討議され、蓄積された成果は社会に生かされてきたのであろうか、など改めて考えさせられたのである。

過去をみ、将来の方向を洞察して、社会医学研究会がいかにあるべきかを考えるのは、この運営に当たっている全国世話人が検討し、識見をもってゆくべき務めをもっているものと思うのであるが、代わって本研究会の成立とその足跡について短時間にまとめ、整理して報告して下さった声沢世話人に感謝申しあげる次第である。

(野村 茂)

演題 1～8

<座長> 丸山 創 大阪府藤井寺保健所
木下 安子 東京都神経科学総合研究所

現代医療の中で、沢山のパラメディカルスタッフの参加によるチーム医療が行なわれている。しかし、医療機関の状況は、各部門の機能が充実しているとはいいがたい。特に病院経営上メリットのない部門は、人員の配置も不十分で、きわめて不満足な体制のまま放置されている。その代表的なものが看護部門であろう。看護婦不足は社会問題として国会等でも論議されるが、少しも解決されずますます深刻な状況となっている。社会医学研究会において、これらの問題が論じられることは、きわめて当然のことと考えられるが、過去15回までの演題にはあまり見られなかった。今回、看護婦・付添婦の労働条件をめぐる演題が3題あったことは歓迎すべきでありまたこれからも引き続き検討してほしい課題である。

我が国の医療のもう一つの弱点として、在宅療養患者に対する訪問看護システムの欠如がある。すでにイギリス、北欧諸国等では地方自治体の業務として定着し、国民の権利としてサービス提供が行なわれている。我が国でも社会的機能として位置づけ、発展させる必要がある。社会医学研究会においては初期の段階からこれらに関連した演題は提出されており、ことに1970年、第11回総会では老人保健をめぐる論議の中で、老人に対する訪問看護サービスの重要性が指摘された。また1974年、第14回総会では難病患者の医療・看護に関する演題により、難病患者に対する訪問看護サービスの有効性が論じられている。今回、難病患者、ねたきり老人に対する看護、社会福祉サービスについての演題が多くよせられたことは、これらに対する関心の高まりを示している。

I. 看護婦・付添婦の労働条件

演題 1. 某私立大学病院における看護婦の労働条件と健康意識について 松本一弥、笹川七三子（杏林大・医・衛生）

現在の医療の供給体制は医療事故の続発、待ち時間の

延長、閉鎖病棟の増加や不採算部門の切りすて、医師・看護婦不足の慢性化等の問題があり、これらをふまえ、看護婦の労働と生活の実態および健康状態の把握が行なわれた。

某私立大学病院の病棟看護婦の日勤、準・深夜勤の時間調査、勤務表から作業内容と交替制の実態、病棟・外来看護婦全員の健康調査を通しての看護婦の労働条件に関する実態について検討している。

その結果、準・深夜勤の頻度が多いこと、不規則三交替制で勤務と勤務の間の時間が短い（8時間等）場合が多いこと、勤務終了後の睡眠時間は、日勤、準夜勤、深夜勤の順に短くなること、食事摂取が不規則になり、その内容も夜勤時夜食として菓子類、パンと牛乳、インスタントラーメンといったものになり、質的に問題があること、健康状態についても倦怠感、疲労感、胃腸障害、睡眠障害、生理痛等自律神経系の訴えが多いという特徴があった。また既往症をもつものが半数以上あったこと、母性保護の上からも、生理時の苦痛がありながら生理休暇がとれない、妊娠・出産についても異常のある人が多い等、母性機能の破壊さへみおこす状態であるなど問題のある実態が明らかになった。

これらの実態から、看護労働は他産業にも見られない前近代的三交替労働が行なわれており、労働と生活のリズムの乱れを余儀なくされている。これらに対し労働組合等の闘いの成果で改善が見られるが、まだ不十分である旨報告があった。

質疑では、「結婚、育児その他の理由により40%の退職があるというが、これは全国的傾向であるか」について質問があり、これに対して、帝京大・佐久間から「日本看護協会で行なった同様の調査に参加したが、同様の傾向であった」旨の答えと、「他産業と、看護婦の勤務体制とを比較するなど、キメ細かい見方が必要であり、今後の調査に期待する」との意見が述べられた。

演題 2. 病院看護体制における付添婦の問題点

—付添婦導入による病院看護への影響— 木下安子, 須田和子, 萩原康子 (都神経研), 相磯富士雄 (国立公衛院)

付添婦は我が国の医療体制の特徴ともいべき独自の看護体制から生まれている。開業医制を主軸とする医療体制と家族制度による「看護は家族の手で」をたてまえとする中で、看護婦は医師の介助者と家族の手がわりとしての付添看護との二通りに機能分化し発展した。

戦後、米軍の指導によって、病院看護婦による看護の強調と、職安法により斡旋業の存在がむずかしくなったため、付添看護は、一時衰退したが、また、これを必要とする医療体制によって復活を見ている。

この付添婦についての実態は患者との個人的な雇用関係にあり、明らかでない。東京を中心に12施設、56名の付添婦に対する面接調査を行なった。その結果は、医療上の業務についてその指示命令が不明確であること、1対1で付き添うことが多いが労災保険等の場合は複数患者に対しつきそうこともあること、長期慢性疾患、手術後の患者に付くことが多いこと、いわゆる“身のまわりの世話”は付添婦に委譲され、入院患者は教育訓練を経た看護婦による技術提供を受けることが少なくなっていること、などである。無資格者である付添婦に看護を依存せざるをえないこのような医療体制について、今後とも検討が必要である。

演題 3. 病院看護体制における付添婦の問題点

—付添婦の雇用と労働条件— 須田和子, 木下安子, 萩原康子, 宮城洋子 (都神経研), 相磯富士雄 (国立公衛院)

基準看護を採用している12施設において調査票を用い、付添婦57名に面接して雇用と労働条件について調査を行なった。

対象者の年齢は38歳が最も若く、最高71歳、60歳代が全体の50%を占め、高齢であった。看護婦の有資格者は3名のみで、無資格者が圧倒的に多い。10年以上の経験者が36%で長期間働いているものが多い。家族なしの単身者が34%あり、別居を合わせ半数に及ぶ。秋田、北海道、新潟等からの季節・出稼ぎ労働者も含まれている。

住み込みが64%で、24時間の拘束労働時間であった。紹介所所属で斡旋される場合がほとんどで、わずか4名のみが病院直接募集であった。長時間の拘束時間であるうえに、休憩時間も不明確、休日も不定期、50日以上連続勤務者が13人にも達している。住み込みや夜勤者が夜間に起床して病人の介護を行なうことも多く、1

回以上が32人、たえずおきる、不定等を加えると37人に及んでいる。

労働環境も劣悪で、就寝は患者のベッドの下でが35人、食事も患者の隣りでが25人であった。

これらに対する賃金は、看護婦無資格者の場合は住み込み日当4,750円が一番多く、これが紹介所の協定料金で、有資格者で5,840円であった。賃金外の特別手当等には食事代、寝具代の支給があり、その他“心づけ”が与えられている場合があった。

以上、対象が少なく、病院も基準看護病院に片寄っているが、これらの結果からも現在の付添婦の主要な問題点、すなわち労基法適用から除外された家事用人扱いの就労の実態、病院看護の下請が中心の職務内容、営利職業紹介所を媒介とした付添婦供給の実態が示されているとの報告があった。

看護管理上も盲点となっているこの問題は今後追及していく必要があるが、質疑は特になかった。

II. 難病の在宅医療・看護をめぐる問題

演題 4. 東京都難病患者実態調査成績—昭和48年、49年調査票調査の結果— 芦沢正見, 西三郎 (国立公衛院), 山手茂, 木下安子, 黒子武道 (都神経研)

東京都の委託による難病対策機構研究班の研究の一環として行なわれた、東京都在住の難病患者の医療および生活実態の調査の結果報告である。48年は一次調査、49年に二次調査を行なっている。

患者の現在の生活については、

①職業について働いているものは、第一次調査19.3%、第二次調査19.2%であるが、職業生活には多くの困難がある。発病後、退職・再就職・転職しているものも少なくない。

②家事をしているものは、第一次調査25.7%、第二次調査24.3%であるが、このなかには他に家事を代行するものがないため、苦痛に耐えて必要最少限度の家事をしているものが少なくない。

③通学、通園しているものは、第一次調査8.8%、第二次調査10.0%であるが、児童の患者が多く、教育上の困難を訴えるものが多い。成人の患者には、職業訓練施設、福祉施設などの利用者が少数ながら見出される。

④身のまわりのことだけしているものは、第一次調査24.8%、第二次調査24.5%であるが、家庭の責任を果たしたり、社会活動に参加することができない苦痛を訴えているものが多い。

⑤「その他」のものが、第一次調査13.6%、第二次調査21.1%であるが、このほとんどは、「寝たきり」

「寝たり起きたり」で介護を要する状態である。

また各疾患患者の特徴と医療福祉の課題は、

①神経疾患患者は、療養生活が長く、治療効果が乏しい場合が多く、生活上の障害が重いものが多い。家族の介護者の健康や職業生活にまで支障が生じている例が多い。身体障害者福祉をはじめ、総合的な福祉・医療・看護サービスによる援助が必要である。

②膠原病系疾患患者は、リウマチ性関節炎患者、ベーチェット病患者など身体障害が重く、状態像としては神経疾患患者と似ており、身体障害福祉サービスの対象となるものと、主として疾患の症状によって生活に支障が生じているものとに分かれている。しかし、いずれも療養生活が長く、生活障害が多いので、総合的な医療・看護・福祉サービスによる援助が必要である。

③成人男性が多い難治性肝炎患者は、療養生活が長く、職業生活に支障が生じ、家計が悪化する傾向が著しい。小児の腎炎・ネフローゼ患者は、教育など将来の問題への不安があり、家族への経済的、精神的援助が必要である。

これらの結果、各疾患の特徴、患者の年齢、性、家族の生活周期段階などにより、さまざまな問題が生じているので、総合的、体系的な医療・看護・福祉・教育サービスを確立することが必要である旨の報告であった。

演題 5. 難病患者家庭訪問調査報告—PMD 児の生活障害と MSW の援助— 阪上裕子 (国立公衛院), 高山俊雄 (都立墨東病院), 松本栄二 (上智大), 根本博司 (都立老研), 古田多賀子, 小谷節子 (都心障福祉センター), 田村恵一, 大塚隆二 (整形外科看護園), 寺田雅子, 鶴沢立枝 (虎の門病院), 山手茂 (都神研), 川村佐和子, 内藤美登里, 中島初恵 (都立府中病院)

小児難病の一つである進行性筋ジストロフィー症 (ドジャンヌ型) は幼児期に発病し、成長とともに進行し死にいたる。難治性であり、社会復帰不能である。この患児の一般的経過とその生活障害の実態、それに対応する MSW の活動についての報告である。

特に症例 Y.T. (男, 17歳) に対する各期における援助の具体的内容は次のようであった。

1) 家族: 父 (42歳, 会社員), 母 (42歳, 主婦), 2) Y の生活: 身体障害, 医療, 教育, 精神生活. 3) 生活障害: 住居, 介護, 教育, 医療, 死の不安, 身体障害の重度化に対する不安は, 死の不安におさえられたようで現在はほとんど訴えられない。経済面での不安は少ない。現在は家族健康である。4) 現在の状態: 症状は, 脊柱が S 字形に変形し, 坐位保持不能である。ADL は全介助を要し, 母親が常時介護にあっている。移動は

電動車椅子を使用し, それによって行動範囲が広がり散歩も可能となった。日常生活においては, 青年学級の訪問教育を受け, 自主的にラジオ講座で英会話の勉強をしたり, 岩波新書を読んだりしている。また, 週 1 回ボランティアの訪問によって音楽会に出かけることも毎月の行事となっている。患者会の夏季宿泊検診にも参加して, 仲間や家族との旅行を楽しんでいる。

こうした Y.T. に代表される PMD 児の生活障害を年齢, 症状経過に基づいて援助している。

①独力で普通生活可能な時期——診断にいたるまでにたくさんの診療機関をまわる例があり, 診断がつくことに困難な場合がある。診断がついても受容できない例も多い。こうした時期に援助することは少しでも光が見出せるようにさせ, 患者会への紹介なども行なわれる。

②介助なしに生活ができない時期——患者が疾病について知り, 死の認識も明らかになる。介護も技術・労力を必要とするようになり, 外傷もおきやすい。教育組織の確保につとめ, 患者会, ボランティア活動の協力も大切になる。

③坐位保持困難——死の不安が強くなる。通院困難から医療の確保がむずかしくなる。生活圏が狭くなる。これらを解決し, 生きる力を支えていく。

これら事例を通じての経験から, 生活障害は, 単に医学的技術によってのみ克服されるものではなく, 疾病を理解して, 毎日の生活を充実させ, そのための環境づくりや社会的協力を得る努力が必要であり, 常時きめ細かいケース・ワークやグループ・ワークが必要であると報告した。

演題 6. 難病患者に対する地域医療のあり方—1 事例をとおしての考察— 福田洋子 (在宅看護研究会)

在宅療養希望の S 県 K 市の筋萎縮性側索硬化症の主婦 (大正 11 年生, 昭和 46 年 12 月発病) の患者に対し, 昭和 48 年 11 月から 50 年 4 月, 患者の死亡にいたるまで, 在宅看護を提供した看護婦の報告である。

47 年 12 月に病名確定以後, 都立府中病院に検査と訓練目的で短期間入院。月 1 回外来受診, 服薬と機能訓練の指導を受けた。病状が進むにつれて医療関係者の観察や援助の必要性が高まり, 演者が, 地域の医療機関や福祉課または府中病院の医療関係者の援助を要請。49 年 5 月頃病状が悪化, 救急医を兼ねる医療機関を市内に探し始め, 某診療所の医師から往診受諾の伝言を得た。49 年 8 月遠方への受診は危険となったため, その診療所医師に症状を説明して往診を依頼, 以後週 1 回の往診。その診療所では医師と看護婦がチームで往診をしてお

り、地区の在宅患者には心強い医療機関となっている。重症になれば入院が可能であるし、誠実なその主治医を家族は大変信頼した。患者は機能訓練の指導が受けられないという不満があり、PTに患者宅訪問を要請。府中病院の専門医にも度々病状の報告を行ない指示を受けた。医師も入院先へ患者を訪問して主治医と意見交換を行なった。49年々末に手動式吸引器を診療所から借用して常時吸引を行なっていたが、50年1月風邪をひいたあと全身状態が悪化、嚥下不能となって緊急往診が続いたので入院を勧め2月に入院し、4月退院、翌日自宅で死亡した。

この経過中、専門医、一般医、看護婦、保健婦、P.T.、ヘルパー、マッサージ師等各職種とのチームワークによる援助が行なわれ、看護婦は次のような援助を行なった。

歩行可能な時期は、外出や受診に付き添い、話し合いをして精神的に支えようと努めたが、末期には、ほとんど聞きとれない言葉をできるだけ理解して心理的苦悩を和らげることに努めた。具体的な援助としては、身体の移動介助、リハビリテーション、特に寝返りや呼吸運動の介助、食事介助と摂取状況の観察、食品の選択、排泄の介助と衣服の着脱、清拭と褥創手当およびマッサージ、言語訓練と文字盤の使用誘導、車椅子やベッドの扱い方、吸引器や経管栄養の説明、家族への経過説明と介護方法の指導、自助具作製（首と上肢の支持具、上下肢サポーター、エプロン、砂のう、円坐各種など）である。入院後も訪問して、身体的ケアや話を聞くなどした。病棟看護婦とも意見を交換した。不安になりがちな長女とは電話で観察や看護の打ち合わせをして励ました。

これらの経験から、1)各専門職の援助の効果が大きい（装具や栄養の確保など）、2)看護婦が在宅患者の看護に果たす役割りが大きく、看護技術の応用など質の高さが要求される、3)入院に伴う経費の節減や家族の離散をまぬがれた、4)患者が主婦の役割りを幾分果たせて、生き甲斐をもてた、などの成果があった。したがって、今後の地域医療の充実をすすめることができれば、多くの難病患者への福祉がはかれると思う、とむすんだ。

III. ねたきり老人の訪問看護をめぐる問題

演題 7. 寝たきり老人の訪問看護援助についての考察 三宅智恵子(大阪府立公衆衛生学院), 宇枝靖子(富山県高岡保健所), 小尾和子(北海道立衛生学院), 岩永幸得(東京都城東保健所), 水田幸子(佐賀県立衛生専門学院), 内野幸子(山口県防府保健所), 神品実子(大分県大分保健所), 松本侂子(栃木県高等看護専門学院),

田中加恵子(熊本県立公衆衛生看護学院),

公衆衛生院の合同臨地訓練の中で、東京都練馬地区で行なった居宅寝たきり老人実態調査の結果報告である。50事例を対象に全員に面接調査をし、そのうちから8事例を選択し、個別ニードに対し看護として何を援助すべきかを明らかにしようとした。

50事例の調査によって、経済的には家族から援助を受けているもの36名、家族と同居しているもの40名、個室を有するもの31名、主治医があるもの36名、ADLは60~80%がもっとも多かった。これらの結果をふまえて8事例について2~3回の訪問が行なわれ、次のような問題をもつことが明らかになった。

寝たきり老人自身のもつ問題

- ・患者の生活に対する意欲がADL回復を左右している。(事例 No. 1, No. 2, No. 6, No. 7)

介護する人がもっている問題

- ・(妻、娘、嫁)誰が介護するかによって、患者の依存度(量・質的面で)の欲求表現は異なっている。(事例 No. 3, No. 4, No. 5, No. 7)

- ・介護者が仕事をもっていることが、介護内容に影響するとともに、本人、介護者の負担は大きい。(事例 No. 6, No. 8)

- ・介護者が高齢であり、疾病を有することが介護内容に影響している。(事例 No. 1, No. 2, No. 3, No. 7)

取りまく条件の問題

- ・家庭の雰囲気、人間関係が本人および介護者に大きな影響を与える。(事例 No. 2, No. 3, No. 4, No. 6, No. 7)

- ・経済的な問題は本人を医療管理からはずすだけでなく、家族全体を不安と危険にさらす。(事例 No. 3, No. 6, No. 7)

- ・家屋の構造(本人が生活する場所)はADLの拡大に影響するとともに、本人の精神生活に影響する。(事例 No. 1, No. 3, No. 8)

- ・寝たきりの年月が長くなれば、本人よりも介護者のニードに基づく看護支援が最優先される傾向にある。(事例 No. 7)

- ・食生活は、老人にとって一番楽しみであるはずのものだが、制限を受けたり、奪われている。(事例 No. 6)

こうした問題に対し、看護の目標として援助すべき内容、看護計画を事例ごとに試みた。

以上の報告について帝京大・佐久間より農村と都市とで老人の実態がかなり違うのではないかと、農村では介護

者は嫁が多いとの意見がのべられた。

演題 8. 難病患者在宅看護援助の提供に関する問題
関野栄子, 木下安子, 山岸春江 (都神経研—在宅看護研究会—)

第 15 回総会で、在宅看護研究会の実践から“難病患者の一事例を通して地域保健医療活動の考察”および“在宅難病患者及び家族にかかわる保健医療従事者の問題”について報告したのに引き続き、訪問援助活動を継続している。演題 6 の福田報告に対する追加報告として、訪問援助活動に伴う訪問頻度、時間、内容と評価について述べた。

援助対象となった在宅難病患者 10 例について分析した。

訪問頻度は一事例につき、月 3 回以上の訪問援助が行なわれている。全経過中定期的に頻度の高い月、低い月のバラツキはあるが、訪問しない月でも、電話等によって状況の把握は常に行なわれており、また援助が必要とされる問題が起これば頻回訪問が行なわれる。ケースごとの最高訪問回数を見ると、月 6 回から 12 回と開きが著しい。患者の日常生活行動上のランクが高い位置にあり、しかも家族の看護力が限界状況にあるケースは、回数が多し。訪問する側が 2～3 万人の受持人口をもち、他の業務を切り捨てずにこの患者に援助するのには、最高 6 回の訪問が限界である。そのような事情を率直に患者に話したうえで訪問頻度を取り決めた事例もある。初回訪問から第 2 回目訪問までの期間は平均 20 日である。2 日後に次回訪問をした例もある。初回訪問の切実な要求にこたえる援助が行なわれることが必要である。

訪問に要する時間は、一回平均 65～231 分である。患者の身近にいて観察し、家族の話を聞くのには時間が必要である。ことに、言語障害や身体障害があるので会話にも時間を要する。悩みを聞き解決するにもかなりの時間をかけている。また、在宅患者にとって欠かせない洗髪、清拭などの看護技術の提供は 1～2 時間、受診時の付き添いは 3～4 時間、家族が外出する時看護を交替すれば 4～6 時間以上、急変時には、一晩付き添った事例もある。当事者の判断に基づき、患者の要望に合わせて行なった結果である。

訪問援助内容は各事例の必要性によって様々であるが、相談相手、悩みの聞き手となって患者・家族の支えとしてなくてはならぬ人になっており、さらに医師やその他の関係者との連絡、連携、情報の提供、その他吸引器で患者の呼吸困難が解消された (事例 1 他)、タイプライターを用いて意思表示ができるようになった (事例 2 および 3)、家族は、看護技術の提供を受けて、一定

の時間ではあるが看護から解放され休養を取ることができたり、新しい看護技術を体得することができる、などがあった。

10 事例の訪問援助活動から、難病患者に対する訪問は訪問援助する人の自主的な判断に基づく、創意工夫にみちた援助が行なわれ、訪問頻度、訪問時間等も従来の固定的な常識をこえるものとなっている。援助内容も幅広く、患者・家族の求めにこたえることができていく。これらの活動から、保健婦・看護婦の技術について、またチームワークなど地域活動上の組織について今後研究の必要があると述べた。

以上、難病の医療・福祉をめぐる実践的な報告を受け、討論が行なわれた。

帝京大学の佐久間から、東京都東村山市の白十字病院の寝たきり老人の訪問看護事業の組織化を行なった経験に基づき、これら事業の組織者の必要性を強調し、今回の報告が研究所を中心とした組織で成り立ち、地域から発想すれば、異なった角度からアプローチすべきだとの発言があった。これに対し都神経研の山手から、患者をめぐる組織活動といった場合、個々のケースに対するものと地域レベルの 2 つに整理して考える必要があること、そして地域レベルでは保健所、福祉事務所の活動によって行なわれる可能性があるとの意見が述べられた。こめに対し、さらに佐久間は、医療チームをどう動かすか、ということは重要であり、今まで病院では医師が行なっていたが、現状ではそれでよいのか、洗い直す必要がある旨発言した。

京大・奈倉から在宅看護研究会の仕事に興味と敬意を表すとして、その活動から、在宅療養が、往診・入院可能な病院の存在によって保障されたとの報告はきわめて重要な指摘であり、こうした医師の協力が得にくいのが実情であると発言があった。これに対し福田から、協力してもらえる医師を見つけることがむずかしかったこと、また民医連、川口診療所の医師の全面的な協力があったので、この事例の場合は医療が受けられたが、診療所の経済的メリットは全くない。在宅患者に対する診療について、診療報酬上の問題があることを診療所医師は指摘していた、と答えた。帝京大・佐久間から、地域医療の実践はすでに地域医師会の協力で、東京都東村山市、群馬県高崎市や、民医連が中心の千葉県市川市、市民サイドから医師会の協力を得ている千葉県習志野市の市民の健康専門委員会などの例があり、今後、発展の可能性があるとの発言があった。

東京都新宿区立区民健康センターの看護婦の加藤より、1974 年暮れから、このセンターに 2 名の在宅患者訪

問看護婦が配置され、訪問活動を行なっている。事例は30ケースあり、すでに9名の要入院ケースがあった。地区医師会のバックの上にあるセンターの活動でありながら、要入院の場合は非常に苦勞している。障害者・老人・難病の場合はひき受けてくれるところがない。新宿区は大学病院、大病院が沢山ある地域である。それでさえ入院させることは困難である。訪問看護婦が医師を探し、ケースの実情を訴え、熱意で動かし、ねばり強く一例一例解決していつているのが実情であると報告した。これに対し、東京都文京区本郷保健所の保健婦、渡辺からこうした事例の訪問に当たり、担当地域管轄の保健所保健婦との協力態勢はどうしているかと質問があり、加藤より、保健所保健婦がすでに担当しているケースを訪問するときには必ず連絡している。しかし、看護援助を待つ人々はたくさんいる。気づいた人がその人の援助をしてゆくのが現実的である。障害者手帳をもらっている人だけでも数千人に及んでいる。もちろん、将来、業務が充実し、沢山の援助の手が入るようになれば、看護婦・保健婦の関連や各々の専門性を明確にしていけるだろう。事例を通して考え、つくりあげていくものと思う。現在は研究会をもっている旨のこたえがあった。

福田からも、報告した事例の場合、地域担当の保健所保健婦に連絡をとったところ、訪問をしてくれたが、ケースの側がことわっているといういきさつがある。これは保健婦だから拒否したのではなく、本日の報告者の1人である三宅氏が、公衆衛生院の受講生として、余暇に協力訪問をしてくれたが彼女の場合は受け入れられていると補足した。

以上、この一般報告8題の討論をまとめると次のようなことがいえる。

1) 地域医療、総合保健医療、あるいは継続看護等、その理念や必要性については論議が活発である。しかし、その実践は必ずしも発展を見ていない。その根本には、我が国の医療を支えるうえで大きなウェイトをしめる看護労働者の労働条件が、演題1～3に見られるように矛盾にみちたものであるという事情がある。看護婦の不足が付添看護婦を雇わざるをえない現状をもたらした。付添看護の病院看護に対する影響は、看護の大切な部分が付添婦に下請けされ、看護の質の低下と看護婦の本来の業務をおろそかにする結果となっている。そして質の高い医療・看護を提供することを困難にしているのである。

手足の自由のきかない、会話能力さえ失った難病患者を病院に受け入れることをむずかしくしている原因も、

根本は同じであろう。これらの患者はほとんど在宅療養をしており、医療や看護から遠ざけられている。この人々への医療・看護・福祉を充実させる実践的努力が演題4～6、7である。このことは、演題8に見られる寝たきり老人においても同様であろう。

地域医療、福祉充実には、必要性の論議ではなく、医師、保健婦、看護婦、MSW、その他関係者の地道な実践の積み重ねが必要である。

2) 以上を法と健康という観点から見ると、居宅の難病患者や寝たきり老人は、居宅ということのため、十分な介護や看護のみならず、医療（往診、入院）を受ける権利を保障されず、ひいては生存権の確保すら困難な状況におかれている。また患者本人の問題にとどまらず、現在の医療体制や行政サービスのもとでは、介護者や看護者（家族、付添婦、看護婦）の健康権や生活権が侵害されている。病院看護婦の場合、自己の専門的職業を遂行する権利までが奪われていることが具体的な事実として提出されたということができよう。

3) 最近、難病患者、寝たきり老人、心身障害者（児）等の訪問看護（地域看護、継続看護）が論議され実践されるようになり、公衆衛生看護活動がその原点にたちかえりつつあるのは、人口の老齢化や疾病構造の変化のみによるものではない。

経済の高度成長と現体制の維持を目的とした国の低医療費政策、厚生行政は、経済政策の破綻を契機にその馬脚をあらわし、諸々の矛盾が露呈し拡大しつつある。従来の社会防衛的集団管理を方法とした衛生行政もまたゆき詰まっている。

このような状況の中で、住民個人個人の生存や健康に対する権利意識が芽生え、生存権や健康権として主張されるにいたった。これに呼応する医療従事者の活動の具体化が訪問看護である。したがって、この活動は、衛生行政においては集団管理から個別援助への質的転換を意味するとともに、国の政策に対する医療従事者の意識の変革を伴うレジスタンスとして、認識すべきではなからうか。

老人保健 改訂第2版

山下 章 高橋 園子 松下 和子
上村 聖恵 乾 死乃生 浜口 た晃

A5 頁362 図17 写真4 1975 ¥2,600 千200
医学書院刊

看護の専門性をめぐって

<世話人> 木下安子 山口敦子

労働安全衛生法施行後の問題点

<世話人> 原 一郎 松下敏夫

看護の専門性をめぐって

社会医学研究会に参加する看護関係者は年々数をましている。特に開催地周辺の保健婦が多数参加する。昼間発言できなかつたこと、日頃のなやみなどが保健婦の気安さで話し合える夜の集会は、活気をおびる。

今年は看護婦、助産婦の参加者もあり、最初、共通問題である「看護制度」について合同で討論し、そのあと二つのグループに分かれ、話し合った。

看護関係者以外の医師その他の参加もあり終始活発であった。

保健婦の集会

保健婦の集会は約 60 名の集まりになり、まず国保保健婦の立場から、政令市の保健所保健婦の立場から、保健所保健婦の立場からそれぞれ問題提起があった。

国保保健婦の立場からは、上司の保健婦活動に対する理解の程度により業務内容が左右されたり、待遇問題も関係している。各町村によって業務内容がバラバラで、国保や衛生の事務に追われ、保健婦本来の仕事がほとんどできずにいる人もいる。教育過程、経験の相違などや全員参加の卒後教育がなされていないため、保健婦 1 人 1 人の技術内容が異なっている。各町村の連繋が弱く個人の苦悶で終わってしまうことが多い。保健婦が真に専門職であるためには、もっと実践的であり、共通の技術を有し、保健婦全員が団結して、組織・良識を発展させる努力をすべきだと思う。また専任の指導保健婦の必要性を感じているが、他県ではどうか。利点、欠点なども教えてほしいと問題が提起された。

政令市の保健所保健婦からは、受け持ち人口が多く、訪問活動が十分にできず、既成組織とのつながりも少な

く、地域との密着が薄い。個々の医療機関と連絡・協調がうまく行なえていない。保健所の医師が不足しており、非常勤を雇っているため、指導、連絡、打ち合わせが十分に行なえず、保健婦業務外のことを行なわなければならないこともある。機構上の問題もあり、中枢の衛生部の中に保健婦がいないため、行政上に保健婦の声が反映されない場合もある。また市全体の保健婦をまとめる所がなく、同じ業務を違う方法で行なっていることもある。女性の職場だからと冷遇されているという感じがするとの問題提起があった。

保健所保健婦からは、1) 保健婦業務の専門性を追求する姿勢に欠ける（・保健婦は忙しい、忙しいと口ずさむばかりで、業務整理をしない。・保健婦業務に対する勉強が足りない。・仕事に対する熱意がないため仕事がかまかかない。・保健婦としての仕事に対して責任が薄い。）2) 保健婦の数が足りない。・地域との密着感がないのはなぜか。・一貫性を持った仕事ができず、断片的である。分野が広すぎる。・担当地区が広すぎるし受け持ち人口が多すぎる。）3) みんなで仕事をよくしていこうとする気持が弱い（・年に 1～2 回研修があるがそれがはたして業務の中でどれだけ役に立っているのか。・保健所内での研究会を全く行なっていない。・町村保健婦との業務分担はどうしたらうまくいくか。・担当地区替えが 3 年に 1 回とほぼ決まっているが、これを 5 年以上としないか。）4) 仕事量が多すぎる。（・事務量が多い。・訪問などが計画通りにいかない。・保健婦本来の活動である訪問ができない。）5) 職種間の事務分担が片寄っている。（・人員削減の中で事務関係業

務をどうへらしていくのか。・雑用が多すぎる。・集団検診後の整理は保健婦だけがしなければならないのか、他の職種との分担はできないのか。・業務量、業務内容の検討。) 6) 一貫した再教育がなされていない。(・指導者であるべき人の指導の能力が足りない。・保健婦業務をやっていく中で自分自身、目的・意義を失うことがある。・研修の場が少ない。回数をまして各個人の研修ができるように。) 7) 保健婦業務に対する理解がない。(・中央講習へ現場の保健婦を出さない。・保健婦活動に対する予算的裏づけが少ない。・研修、学会など休暇を利用しなくてはいけない。) 8) 保健婦の身分のあり方(保健所再編を考へて)、他機関との連絡がスムーズにいかないときがある。地区のニーズに合わせた保健計画はできないか、断片的な(マスコミの波にのったような)行政の計画に保健婦はどうとり組んでいったらよいか、などなどの諸問題が出された。

討論の内容は、国保保健婦から提起された専任の指導保健婦について「本当に指導保健婦は必要なのか、もっと検討しなくてはいけないのではないか、私達は反対している」「囑託であるが、指導保健婦が来てから、臨床講習会をするようになったり、保健婦の悩みを上を持っていたりしている。この人を常勤にするような運動をやっている」「指導者になるには積み重ねであるし、自分も指導者になると思ってほしい。またみんなに認められる指導者であってほしい」など、多くの意見が出された。地域との密着について「なぜ密着する必要があるのか」「訪問だけが密着するのか、検診の場でも接触しているではないか。その場で何時間かかっても、きちんと指導しているならケースの方から連絡してくる」「訪問時のかかわり合いが多い」「保健婦を知らない。また保健婦がどこに居るのか、何をするのか、どう利用しているのかも知らない。保健婦の根本から見なおさなければいけない。」鹿児島からは、看護教室を通して地域と密着

してきたようだ。東京からは「区移管になってから、都の時より住民と密着しているような気がする」などの発言があった。その他、今まで漠然とした仕事をやってきたのではないかと、1つの事業を確立していかなければいけないのではないかと、目標は何であって、帰る時何を得て帰るか。保健婦は、主体性、自主性を持っていかなければいけない、など多くの意見が出された。

保健婦の集会は、保健婦の悩み・苦勞、本当にどうしたらよいか、何をしなければならぬのか、など多くの意見が出されながらも、地域の特殊性のためかもしれないが、どこか遠慮しながらの意見であったように思われた。次回からの自由集会は、自由に伸び伸びと、自分のそのままの意見を出せる会になるよう私達1人1人が努力したいと思う。次回の社会医学研究会には1人でも多くの保健婦が参加され、一緒に勉強できることを願っている。(山口敦子)

看護婦・助産婦の集会

はじめての試みであったが、看護婦、助産婦 10 数名が話し合いをもった。

最初は、看護婦、助産婦の労働条件が相変わらずの劣悪さで、夜勤回数も月 12~13 日、時間外勤務も当然視され、みなクタクタで、声をあげることもできないという状況が話された。

しかし、看護婦として何とか学習会、勉強会をつくり、みなで話し合ったり、勉強できないだろうかということになり、若い層にはそういう要求も強いことであり、努力してみようということになった。社会的な視野をひろげていくためにも社医研等に参加したり、地域で保健婦と連帯していく必要があることも話された。

日頃の不満を出して、そこからこれからの方向を少しずつ見出していった集まりであった。(木下安子)

労働安全衛生法施行後の問題点

1972 年 10 月から、「職場における労働者の安全と健康を確保するとともに、快適な作業環境の形成を促進すること」を目的として、労働安全衛生法が施行され、労働省は、これを基本にして種々の施策を講じてきている。では、現状は果たして改善されてきているのか。

自由集会では、細川(関西医大)らが調査した「労働

安全衛生法施行後の企業の安全衛生管理体制について」(第 48 回日本産業衛生学会講演集)の紹介などを口火にして、わが国における労働衛生の現状と問題に関して、①安全衛生教育、②労災補償問題、③産業医、④自治体との関係、の 4 点に焦点をあてて討論した。

① 労働安全衛生教育の現状と問題

各地の報告から、安全衛生教育はきわめて重要であるにもかかわらず、その実態は大変に不十分であることが述べられた。安全衛生教育は、少なくとも基本的なものは義務教育の中で、また、具体的なものは企業内教育として行なわれるべきである。しかし実情は、例えば義務教育では、教育する教師自身が自分たちの健康の問題には案外無関心であり、また、教科書の中では、労働者が労災職業病をなくするにはどうすべきかという、いわば運動論は全く出ておらず、日本労働者安全センターの「抵抗なくして安全なし、安全なくして労働なし」のローガンも生徒には理解され難い。

企業内では、労災問題と職業病の問題が分断して扱われ、個人の不注意論や体質論が幅をきかせ、労基法は労働条件の最高基準を示すかのごとき取り扱いがされている。このような状況の中での労働者の側の取り組みのひとつとして、大阪総評が中心となって行なっている労働安全衛生研修所の活動などが紹介され、注目された。

② 労災補償の現状

まず、じん肺を例にあげて、被害者が法的な補償内容をよく知らずに不利益を受けていることが少なくないこと（重症者に介護料の制度があることなど）、が指摘された。また、労災補償問題をめぐる問題として、労災保険が次第に社会保障化される一方、補償責任をとることで労災・職業病発生の予防に関する企業責任が曖昧にされてきていること、補償問題が健康者と被害者との間を分断する道具とされている面があること、労基法から第8章をはずし、補償のみを濃くしようという考えがあること、労災の認定基準についてその位置づけをわれわれも明確にする必要があること、などが指摘された。

今日、認定基準は、本来が労働省の内部通達で法的拘束力はないはずだが、現実には“患者ふるい分け”の性格をもち、絶対的なものにされつつある。一方、労働者の側でも、単純に基準をつくれというような要求も出たりしていることに反省が必要である。さらに、零細企業では、被害者が補償ベースにもってこない場合が非常に多い。

また、労基法、安全衛生法、労災補償法が互いに切りはなされ、企業責任としての労災職業病の予防対策がきわめて軽視されていること。労働者の側でも、労働運動の弱さを示すものとして、労災補償と労災職業病の予防との関係がきちんと扱えられておらず、被害者が出ないと労働運動が発展しないという傾向があり、一人も被害者を出さない闘いを組むという点が弱いことなどが討論された。

③ 産業医の地位と役割

法が施行されたことにより、産業医の法的地位の向上ははかられてきているが、産業医の役割については、専業主の認識不足があるのみならず、医師の側（医師会なども）でも必ずしもよく理解されていない。わが国では、最近特に医師の選択の自由が問題にされているが、企業は労災・職業病の企業責任が追及され、社会問題化することのないようにもみ消し用に産業医を考へており、他方労働者の側でも、指定医、嘱託医、産業医などの役割りがあまりよくわかっていない。日本では、フランスなどのように医師の任免は労使双方の合意によるという制度にはなっておらず、産業医は企業のおかかえ医的意識が強く、“医師の中立性”ははかられていない。どうすれば今後産業医がもっとよい方向に進めるか。これには、労働者の側がもっと医師と接触を深めてゆくこと、組合側の顧問的な医師をもつこと、さらに立法上の問題点については、1つ1つ明確にして改善を求めてゆくことが必要であること、などが明らかにされた。

④ 労働者の健康問題と自治体の関係

行政的には、労働者の問題は労働省の所轄にあるという理由で地方自治体では通常これに関与しておらず、労災職業病についての知識もほとんどもっていないのが現状である。

しかし、少なくとも零細企業や家内工業の作業者の問題などは自治体と深い関係があり、他の労働者の労災・職業病の問題も住民一般という形で解消せずに自治体にかかわってもらふ必要があることが指摘された。こうした動きのひとつとして、名古屋市において最近保健所に労働衛生に関する相談所が設置されたこと、大阪府立職業病センターが発足、実働している模様や大阪府立公衆衛生研究所における労働衛生部門の活動とその問題点などが紹介された。この中で、住民や労働者の健康保持のために自治体と労基署が情報を交換し、相互に協力することの大切なことや、国や自治体への要求を企業責任のすりかえでない形で実行させることの必要性、自治体における労働衛生活動へのかかわりを今後もっと強め、条例などにも具体的に盛り込ませることが重要であることなどが討論された。

その他の問題として、最近労働白書の中で職業病の記載が落とされているのにみられるように、行政面で労働者の健康軽視が強まっていることや、労災職業病問題に関しても、医療関係者だけでなく、社会科学の分野の人人との協力ももっと必要であることなどが種々指摘された。時間の制約があり、主題の内容を十分には討論し尽くせなかったが、法施行後の問題点と今後の活動の方向を求めるうえで有益な会であった。（松下敏夫）

社会医学研究会会則

- 第1条 本会は社会医学研究会という。
- 第2条 本会の事務局は当分の間国立公衆衛生院におく。
- 第3条 本会は会員相互の協力により、社会医学に関する理論およびその応用に関する研究が発展助長することをもって目的とする。
- 第4条 本会はその目的達成のため次の事業を行なう。
1. 研究会の開催
 2. 会誌，論文集などの発行
 3. その他必要な事業
- 第5条 本会の会務の遂行は，総会において会員中より選出された若干名の世話人より成る世話人会がこれに当たる。世話人の任期は2年とし重任を妨げない。
- 第6条 年次予算，会則，会則変更等重要事項の決定は総会の議決を経なければならない。
- 第7条 会費は年額1,000円とする。会員は無料で会誌の配布，諸行事の案内を受けることができる。ただし研究会の開催など特別に経費を要する場合は，そのつど別に徴収することができる。
- 第8条 本会は会員の希望により各地方会をおくことができる。
- 第9条 本会の諸行事，出版物などは会員外に公開することができる。
- 第10条 本会の会計年度は，毎年7月に始まり，翌年6月に終る。
- 振替口座番号 東京 8-51192 社会医学研究会払込には左の口座をご利用下さい。